Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction: Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 27. 8. Juli. 1890. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 37. Jahrgang.

Originalien.

Die Behandlung des frischen Trippers beim Weibe mit dem constanten Strom.

Von *L. Prochownick* in Hamburg.

In mehreren deutschen Zeitschriften haben Apostoli und Laquerrière vor Kurzem ihre Erfahrungen über die antimykotische Wirkung der Anode galvanischer Ströme veröffentlicht; wir haben das Ergebniss ähnlicher Arbeiten in Nr. 26 der deutschen medicinischen Wochenschrift niedergelegt. Wenn auch methodisch anders verfahrend, sowie in Deutung und Auffassung der Erscheinungen in einigen, durch weitere Untersuchung zu klärenden Punkten wesentlich von den französischen Forschern abweichend, stimmen wir doch in der Hauptsache[1]) darin überein, dass dem + Pole des galvanischen Stromes von gewissen Stärken an polar, d. h. im Bereich der Polberührung eine ausserordentlich starke keimvernichtende Fähigkeit zukommt.

Als wir vor $1^1/_2$ Jahren zuerst experimentell diese Wirkung sicherstellten, drängte sich uns alsbald die Ueberzeugung auf, dass dieselbe in ausgedehntem Maasse zu einer klinischen Verwendung geeignet sei. Denn während die bisherigen Erklärungsversuche der Wirkung des Stromes in gynäkologischen Fachgebiete rein hypothetisch waren und den klinischen Erfolgen immerhin der Mangel anhaftete, recht vorwiegend symptomatisch, nicht aber unmittelbar auf die anatomisch gegebenen Verhältnisse zu wirken, lag nunmehr ein greifbares Moment vor, an welches anknüpfend genauere experimentelle und klinische Studien möglich waren.

Es lag nahe, sämmtliche Formen von Cervix- und Gebärmutter-Katarrh zu diesen Zwecken heranzuziehen, denn bei allen finden sich, allerdings in verschiedenster Reichhaltigkeit und wechselnder Zahl der Formen, Mikroben. Aber hierbei durfte man doch nicht Ursache und Wirkung zusammenwerfen und musste sich zugleich sagen, dass, wenn selbst für die Mehrzahl der Katarrhformen eine mikroparasitäre Endursache vorläge, mit deren Entfernung noch nicht die gesetzte Gewebsveränderung geheilt sei.

Für die letztere nun durfte Hoffnung auf die ätzende, verschorfende Wirkung des Stromes gesetzt werden. Und in der That zeigt das Experiment an frisch der Leiche entnommenen Gebärmüttern und an solchen, welche nach vorausgegangener energischer Galvanisation an der Lebenden zur Ausschneidung gelangten, dass die verschorfende Wirkung der Anode auf die Schleimhaut, soweit sie gleichmässig mit ihr in Berührung kommt, eine kräftige ist.

Mit dieser rein örtlichen und zugleich keimtödtenden Wirkung des Stromes war nun für eine ganze Reihe von Endometritiden, wenn auch natürlich nicht für alle, eine geradezu ideale Behandlungsform gegeben, falls wir einige geringe technische und klinische Schwierigkeiten noch beseitigten. Letzteres konnte nur Frage der Zeit und entsprechender Mühewaltung sein. Und in der That entsprechen die Erfolge experimentell und klinisch durchaus unseren Erwartungen. Wir beabsichtigen jedoch dieselben solange zurückzuhalten, als auch die Frage der Recidivsicherheit sich bestimmter als bisher übersehen lässt. Denn eine neue, in ihrem ganzen Aufbau abweichende und immerhin nicht ganz einfache Heilform für die Endometritis wird nur dann Vertrauen finden, wenn sie in höherem Maasse, als bisher die sämmtlichen selbst operativen Wege, Gewähr gegen Rückfälle bietet.

Nur für eine Erkrankungsform, den frischen Tripper, stehen wir nicht an, bereits jetzt die Frauenärzte zur Nachprüfung aufzufordern, weil wir über völlige und dauernde Heilung bei derselben uns mit Bestimmtheit äussern können.

Die Entstehung der Gonorrhoe durch einen specifischen Mikroorganismus dürfte Niemand mehr bezweifeln. Viele Versuche wurden gemacht, die Erkrankung im Keime zu ersticken oder in den ersten Stadien zu vernichten, beide Versuche scheiterten für die Mehrzahl der Fälle oder waren in ihrer Anwendung nicht ohne Gefahr, indem durch Aetzmittelträger oder dgl. die Keime von ihrem Stammsitze, dem Halstheile der Gebärmutter, nur höher hinaufgebracht wurden und dort das Unheil weiter verpflanzten. Die rein abwartende Behandlung verhütete bei den Lebensbedingungen der Frauen nur selten den Uebergang in die chronische Tripperform mit ihren vielen Fährlichkeiten und Beschwerden.

Wenn nun die Anschauung von Neisser, Bumm u. A. richtig war, dass der eigentliche Infectionsträger nur ein Oberflächenwachsthum auf seinem Nährboden besass, mit nur geringer Neigung in die Tiefe zu dringen, so lag der Gedanke nahe, zumal nach der bakteriologischen Forschung derselbe nicht sehr widerstandsfähig zu sein schien, eine Abtödtung im frischen Zustande mit dem galvanischen Strom zu versuchen.

Die galvanische Sonde (+ Pol) in einer den gegebenen Cervix- beziehungsweise Uterusverhältnissen im Einzelfalle angepassten Dicke bot zugleich den Vortheil, die gereizte eiternde Schleimhaut in ihren oberen Schichten zu verschorfen und etwa höher hinaufgeschleppte Coccen sofort mit Inkrafttreten des Stromes zu vernichten.

Die bisherigen vier Beobachtungen sind folgende:

1) Frau Stn., Kaufmannsgattin, Harburg/E., 32 Jahre, 2 Wochenbetten. Gesunde, blühende Frau. Winter 1886/87 an gutartiger Endometritis chron. per subinvolutionen nach dem Wochenbette mit gutem Erfolge behandelt. Am 2. IX. 1888 wird die Dame durch ihren von der Reise heimkehrenden Gatten angesteckt. Am 13. IX. stellt sie sich mit typischem Tripper der Harnröhre und der Cervix mit geringer Scheidenbetheiligung zur Behandlung. Neben zahlreichen anderen Mikroorganismen überall charakteristische Gonococcen, in der Cervix fast Reincultur derselben. Absonderung grünlich, dickeiterig. Vom 18. IX. — 5. X. 6 malige Galvanisation 6—10 Minuten, 80—100 Milliampères, mittelstarke Kupfersonde, + Pol im utero. Nach der dritten Anwendung wird die Absonderung frei von Gonococcen, nach der sechsten ist sie bis auf geringe, auch sonst im gesunden Zustande gewöhnlich vorhandene, bacilläre Formen gänzlich keimfrei und bleibt so bei zuerst 2-, später 4 wöchentlicher Nachprüfung bis October 1889. Der

[1]) Diese Uebereinstimmung war uns bereits vorher durch persönliche Besprechung mit Apostoli bekannt.

[2]) Es wurde vor der Totalexcision bei Krebs oder sonstiger Ursache die elektrische Verschorfung an Stelle der sonstigen Ausreinigung gewählt.

Cervixschleim war nach 6 Sitzungen ganz klar und ist so bis heute geblieben.

2) Frau Hs. 35 Jahre, Kaufmannsgattin, Hamburg, hat 6 mal regelmässig geboren, zuletzt vor 9 Wochen; ist stets gesund gewesen, regelmässige Kindbetten. Der Ehemann hält auf Aussage eines Arztes einen vor 6 Wochen erworbenen, erst spät behandelten Tripper für geheilt und cohabitirt in der 7. Woche nach der Entbindung zweimal mit fünftägigem Zwischenraum. Am 10. Tage nach der ersten Berührung traten die ersten heftigen Reizerscheinungen bei der Frau auf, 6 Tage später, am 11. XI. 88, führt mir der Ehemann die an allgemeiner acuter Blenorrhoe leidende Frau zu. Neben starker Betheiligung der Harnröhre und Vulva erstreckt sich aller Wahrscheinlichkeit nach die Erkrankung bereits in die noch nicht zurückgebildete Gebärmutter — die Dame nährte nicht — hinauf. Der Fluss war blutig-serös eitrig-dünn, das Organ vergrössert, wehenartige Schmerzen bestanden. Stärkere Kolpitis fand sich nicht.

Die Kranke wurde vorsichtshalber für 10 Tage gelagert, zumal Retroversio uteri per relaxationem zugleich bestand. Die Heilung erfolgte in ganz ähnlicher Weise wie im vorhergehenden Falle nach 7 Galvanisationen von 100—120 M. A. Stromstärke, $7^1/_2$—10 Minuten, + Pol dicke, der Gebärmuttergrösse und Weite angepasste Kupfersonde. Nach der dritten Anwendung wird die Kranke nach Hause entlassen, nach der fünften ist die Gonococcenüberschwemmung des Sekretes gänzlich vernichtet, nach der achten besteht völlige Keimfreiheit bei klarer Absonderung aus dem äusseren Muttermunde. Kein Rückfall. Erneute Schwangerschaft. In der zweiten Hälfte mässig starker, weisser Scheidenfluss; niemals Gonococcen mehr nachweisbar. Normale Geburt, regelmässiges Wochenbett. Augen des Kindes gesund ohne besondere Prophylaxe.

3) Frl. L., Näherin, $16^1/_2$ Jahre, wird am 2. XII. 88 deflorirt und zugleich schwer inficirt. Kommt am 11. Tage darnach, 5 Tage nach Ausbruch der Symptome, zur Beobachtung. Neben dem gewöhnlichen Harnröhren- und Cercixtripper besteht Kolpitis in diesem Falle, ausgehend von den entzündeten, zerfetzten Hymenresten. Erst nach Besserung dieser wird 10 Tage später zur Anwendung des Stromes geschritten. Um nicht von der sehr engen Scheide aus Ansteckungsstoffe an die Sonde zu bekommen, wird bei dieser Kranken mit Zuhilfenahme eines zweiblättrigen, schmalen Metallspiegels die Platinsonde als + Pol eingeführt. Gonococcen nach 4, sämmtliche krankhafte Erscheinungen nach 9 Sitzungen beseitigt; Controle bis Juli 1889; Dauer 6—10 Minuten; Stromstärke zwischen 80 und 120 M. A.

4) Frau O., Buchhaltersgattin, 25 Jahre, 2 Wochenbetten, kommt am 19. IV. 90 mit ihrem $2^3/_4$ jährigen, an schwerer, acuter Scheidenharnröhrengonorrhoe leidenden Kinde in die Sprechstunde. Der Ehemann hat sich am 4. IV. inficirt, und bevor er noch seine Erkrankung bemerkte, am 7. IV. Umgang mit seiner Frau gepflogen. Am 9. IV. erste Erscheinungen beim Vater, am 13. IV. bei der Mutter. Dieselbe klagte über Schmerzen beim Uriniren, Vermehrung des sonst schon längere Zeit bestehenden Flusses, Wundsein an den Schenkeln. In diesen Tagen nimmt die von der Erkrankung des Mannes nichts wissende Frau das Kind Morgens mehrfach in ihr Bett und bemerkt am 17. die plötzliche starke Absonderung bei demselben zugleich mit den Klagen der Kleinen selbst.

Bei der Mutter besteht neben einer Retroflexio fixa durch eine leichte perimetritische Erkrankung im 2. Wochenbette eine frische Tripperansteckung besonders hochgradig im Cervix, nicht so stark als in den übrigen Fällen in der Harnröhre, Scheide frei; Vulva stark geschwellt, äusserlich eczematös. Nach 7 galvanischen Anwendungen ist das stark grüneiterige Sekret milchweiss und nach zwei weiteren serös, entsprechend sind zuerst die Gonococcen verschwunden und nachher sämmtliche Mikroorganismen im Cervixschleim. Wohlbefinden bis jetzt.

An diese vier Fälle reihen sich zwei weitere von Rückfall beziehungsweise frischer Infection solcher Frauen, welche bereits früher wegen chronischer Gonorrhoe behandelt worden waren. Beide Ehefrauen waren unfruchtbar und wurden durch ihre Gatten auf's Neue frisch angesteckt. Auch in diesen beiden Fällen bewährte sich für die frischen Erscheinungen die Anwendung des constanten Stromes vorzüglich in Bezug auf die Beseitigung des Ausflusses und der Gonococcen; eine der beiden befand sich besser nach der Behandlung als je zuvor; bei der andern bestand schon vorher chronische Perimetritis dextra mit Tubensackbildung und blieb diese mit ihren zeitweisen Beschwerden, wenn auch subjectiv gebessert, bestehen.

Es erhellt aus den Beobachtungen, dass wir das Hauptgewicht unserer Behandlung auf die Gebärmutter und auf deren Halstheil insbesondere gelegt haben. Dort ist der Hauptsitz der Ansteckung, von da aus erfolgt die Weiterverbreitung in's Beckenbindegewebe oder durch die Eileiter in's Beckenbauchfell; dort ist eine möglichst schnelle Vernichtung des ansteckenden Stoffes die bisher schwer erfüllbare Bedingung des Heilerfolges. Die angeführten Fälle sprechen in diesem Punkte genug, um zu weiteren Versuchen anzuregen. Ein solcher ist für den einmal in die elektrische Behandlung Eingeweihten technisch leicht und nur an wenige Vorsichtsmaassregeln gebunden: Vorausgehende Reinigung von Vulva und Vagina, thunlichste Vermeidung von Spiegeln und Hackenzangen, Einführung der den Verhältnissen im Einzelfall anzupassenden + Pol Sonde unter Fingerleitung, sofortiger Stromschluss nach der Einführung, Nachruhe von $1^1/_2$—2 Stunden, strengstes Verbot der Cohabitation.

Mittlere Stromstärken bis zu 120 M. A. genügen; man kann die Sitzung lieber auf 8—10 Minuten ausdehnen.

In unseren Fällen wurde nebenher die Scheide 2 mal täglich mit Sublimat- bezw. Chlorzinklösung bei niedrigem Druck und Blutwärme ausgereinigt unter jedesmaliger Nachspülung reinen Wassers.

Die Harnröhre kann man bei vielen frischen Gonorrhoen sich selbst überlassen; meist sind die Gonococcen bald verschwunden; bei anderen ist eine Therapie nothwendig. Versuche, auch hier galvanisch zu wirken, scheiterten daran, dass Ströme über 30—40 M. A. durchaus nicht vertragen werden, während solche von 80—100 Erforderniss sind. Wir sind daher unserem bisherigen abortiven Verfahren mit Erfolg treugeblieben. Dieses besteht zunächst in Ausreinigung bezw. Cocaïnisirung der Urethra mit einer der neulich von Fritsch im Centralbl. für Gynäkologie beschriebenen ähnlichen Spritze. Darnach wird einer der niedrigen Nummern Simon'scher Harnröhrenspiegel bis oben in die Blase geführt, der Stempel zurückgezogen, an Stelle desselben ein völlig sicher befestigter Höllensteinstift eingeschoben, über denselben hinweg der Spiegel entfernt und der Stift langsam durch die Harnröhre herausgezogen. Diese für eine Reihe von Stunden allerdings recht schmerzhafte Behandlung hat bis auf wenige Ausnahmen uns stets zur Heilung bei einmaliger Anwendung genügt, den Harndrang und Schmerz lindert man mit einem starken Zäpfchen von Cocaïn oder Belladonna und Opium, welches sofort in die Harnröhre gelegt wird.

Ein weiterer Fall von Lungentuberculose durch Gesichtserysipel geheilt.

Von Bezirksarzt Dr. *Schäfer* in Kaisheim.

Die in dieser Wochenschrift[1]) von Herrn Dr. Waibel in Dillingen mitgetheilte Heilung eines an Lungentuberculose Erkrankten durch Eintritt einer Gesichtsrose ermuntert mich zu nachstehendem kleinen Abriss einer Krankengeschichte.

Als Hausarzt an einem der bevölkertsten Zuchthäuser Bayerns, in welchem nur Gefangene mit einer Haftstrafe von über 3 Jahren aufgenommen werden, und in welchem das Rückfälligkeitsprocent beiläufig 80 Proc. beträgt, habe ich leider hinlänglich Gelegenheit, die Lungentuberculose in all ihren Formen und Invasionsarten kennen zu lernen. Sie ist bekanntlich die Hauskrankheit aller Gefängnisse und fordert alljährlich eine nicht unbedeutende Anzahl Opfer trotz aller bisher angewandten Maassregeln.

Es gewinnt daher ein geheilter Fall von Lungentuberculose unter solchen Verhältnissen ein wirkliches Interesse.

Gefangener W. im Mai 1884 mit einer 5 jährigen Haftstrafe eingeliefert, leidet bei seinem Eintritt an Exophthalmus mit leichter Accentuation an der Mitralis und einem mässigen Randemphysem.

Früher Eisengiesser, später Hausirer, mag er vor seiner Bestrafung einen ziemlich bewegten Lebenswandel geführt haben. Hereditär ist er nicht beanlagt.

Im Zuchthause wurde er als Brillenmacher beschäftigt.

Er blieb nur kurze Zeit arbeitsfähig und musste schon im Jahre 1885 zweimal in die Spitalabtheilung aufgenommen werden; einmal wegen dyspeptischer Störungen, das zweitemal wegen eines pleuritischen Exsudates, welches punktirt wurde.

Bei der ungemeinen Häufigkeit der Pleuritiden in den Zuchthäusern, wo sie in den meisten Fällen als Vorläufer von Tuberkelinvasionen gelten dürfen, wurde der spärliche Auswurf des Patienten wiederholt auf Bacillen untersucht, indess ohne Resultat.

Conform dem sehr protrahirten Verlaufe der Zuchthauspleuritiden erholte sich W. langsam, konnte indess bei den Feldarbeitern, zu denen er aus Gesundheitsrücksichten begutachtet wurde, leichte Arbeiten verrichten.

Im folgenden Jahre verschlimmerte sich sein Allgemeinbefinden,

[1]) Münchener medicinische Wochenschrift 1888, S. 841 u. ff.

der Genuss frischer Luft und manch' andere Begünstigung in der Kost vermochten nicht, die immer deutlicher werdende Erscheinung der den Gefängnissärzten als so ominös bekannten Dissolutionserkrankung »Schwund des Hautfettes« zurückzudrängen.

Gegen Herbst desselben Jahres fanden sich die ersten Bacillen in dem Auswurfe und ausgesprochene Verdichtungserscheinungen im Lungengewebe. Der Kranke begann heftiger zu husten, klagte über Stechen auf beiden Seiten, Kurzathmigkeit, bei der geringsten Anstrengung Müdigkeit etc. Der Appetit, der bisher gut erhalten geblieben war, wich einem ausgeprägten Durstgefühle, mit ihm trat Abmagerung und schwächende Nachtschweisse ein.

Die Infiltration liess sich zunächst an der Spitze der linken Seite, welche damals auch von dem Exsudat befallen wurde, constatiren und verbreitete sich allmählich weiter nach abwärts bis die Grenzen der Dämpfung durch die Schwartenbildung der Pleura verwischt wurden.

Das Athmen war bei der Inspiration saccadirt, die Exspiration von verschärftem Vesikulärathmen begleitet, das später entschiedenem Bronchialathmen wich.

Während gegen Ende 1887 die Spitzensymptome auch auf die rechte Seite übergingen, bot die linke Seite weiteres Fortschreiten der pathologischen Veränderung in Form von Erweichungserscheinungen.

Die Zunahme der Bacillen war dementsprechend eine rapide. Mit der Lungenaffection traten Störungen des Darmes ein, Constipationen wechselten mit leichten Diarrhöen, so dass eine Aufnahme des Tuberkelvirus durch den Darm gewiss war.

Die mitgebrachte Krankheit litt insoferne eine Aenderung, als der Exophthalmus in Folge Fettschwundes abnahm, während die Erscheinungen am Herzen gleich blieben.

Während die Temperatur vor Constatirung der Bacillen sich wenig über dem Normalen bewegte, trat bald darauf die für viele Fälle von Tuberkelinvasionen charakteristische Steigerung der Körperwärme des Mittags und Abends mit deutlichen Morgenremissionen ein.

Das Fortschreiten des destructiven Lungenprocesses verbunden mit dem täglichen Fieber, der sichtbaren Abnahme der Körperkräfte, des Appetits, dem Ueberhandnehmen der Nachtschweisse und Diarrhöen bot die oft gesehene trübe, hoffnungslose Prognose, die sich schon bei so vielen Insassen innerhalb unserer Zuchthausmauern bewahrheitete. Immer dasselbe Bild:

Eintritt der Tuberculose in Form von pleuritischem Exsudat, Fund von Bacillen im Auswurf, manchmal schleichende oft excessive Verbreitung der Infiltrationen, entsetzliche Abmagerung und Sinken der Kräfte, endlich tödtlicher Ausgang.

Das Jahr 1888 kam, die chronischen Lungenerkrankungen gingen in's neue Jahr über, mit ihnen auch W. Der aussichtlose Kampf mit der Lungentuberculose sollte auf's Neue beginnen.

W. stand auf der Todescandidatenliste des ersten Quartals, als der einförmig weiterschreitende Krankheitsverlauf jäh und ganz unvermittelt unterbrochen wurde.

Es war am 5. Januar 1888, an welchem Tage W. plötzlich über heftige Schlingbeschwerden klagte. Die Untersuchung ergab eine frische katarrhalische Angina, die in Kaisheim seit undenklichen Zeiten eingebürgert, in unserem feuchtkalten Klima durchaus nicht zu den Seltenheiten gehört, gewöhnlich epidemieweise auftritt, sich in Casernen und Arbeitsräume einschleicht und manchmal auch in unsere Spitalabtheilung verirrt.

Sie entrirt mit hohen Anfangstemperaturen, die bis 41 und darüber steigen, während ihr Verlauf sehr unschuldiger Natur und nach 3 bis 4 Tagen ohne Folgen beendet ist. Es lässt sich denken, dass diese Zugabe keine angenehme für den ohnedies bis auf's äusserste geschwächten Patienten war. Indess ging alles über Erwarten vorschriftmässig ab, ganz nach Art der heimischen, so oft beobachteten katarrhalischen Angina. Die Temperatur, die wie oben erwähnt, so lange sie ausschliesslich durch die tuberculösen Veränderungen beeinflusst wurde, Tag für Tag ihre typischen Morgenremissionen und Abendexacerbationen hatte, veränderte sofort ihren Charakter und nahm den einer acuten katarrhalischen Mandelentzündung an, mit einer ständigen Höhe bis zu 40,5—41,0.

In drei Tagen war die Angina verschwunden und mit ihr die hohen Thermometergrade.

Ich glaubte nun nach fast subnormaler Morgentemperatur von 36,5, die ja durch eine gehörige Dosis Antifebrin verursacht sein konnte, einen Wiedereintritt des früheren typischen, hektischen Fieberverlaufes erwarten zu dürfen, doch dem war nicht so.

Meiner Ueberraschung über das plötzliche Erscheinen der Angina sollte eine zweite folgen, als sich gegen Nachmittag des 9. Januar von der Nase und der linken Oberlippe des Patienten ein deutliches Erysipelas faciei entwickelte, das sich rasch bis Abend auf die ganze linke Gesichtshälfte und von da ab weiter gegen den behaarten Kopftheil erstreckte. Sofort stieg das Fieber wieder auf 39,9 und Abends auf 41,3. Der Kranke wurde bewusstlos, delirirte auf's heftigste und konnte trotz seiner sonstigen Schwäche nur mit Mühe im Bette gehalten werden. Tags darauf wanderte das Erysipel auf die rechte Gesichtshälfte und weiter bis Hals und Nacken.

Die Verbreitung vollzog sich ganz wie bei einer sonstigen Gesichtsrose mit abgekürztem Verlauf. Am 17. Januar, also in einer verhältnissmässig kurzen Zeit begannen sämmtliche befallene Partien bereits faltig zu werden.

Während dieser Zeit fiel die Temperatur, die nur an den zwei ersten Tagen diese hohen Grade zeigte, allmählich ab, um später, am 18., 19. und 20. Januar auf das subnormale Niveau von 35,4 mit Abendssteigerung bis 36,2 zu sinken.

Bis zum 25. Januar hin blieb die Temperatur noch immer ziemlich niedrig, Früh 36,2 bis Abends 36,8. Von da ab kehrte sie zur Norm zurück, ohne sich je wieder wesentlich von ihr zu entfernen.

Die früheren typischen Temperaturen des hektischen Fiebers waren und blieben verschwunden.

Der von allen aufgegebene Patient, der sowohl während der Angina als besonders während der Erysipeleruption in höchster unmittelbarer Lebensgefahr geschwebt, erholte sich zum allgemeinen Staunen zwar langsam, sehr langsam, aber doch so, dass er noch vor seiner Entlassung aus der Haft wieder als Feldarbeiter beschäftigt werden konnte.

Wie viele seiner Leidensgenossen beneideten ihn um diese den ganzen Krankheitsverlauf umstürzende Gesichtsrose.

Im Kurzen will ich noch den Zurückgang der Symptome der drohenden Lungentuberculose erwähnen.

Von sämmtlichen Erscheinungen verschwanden zuerst die Nachtschweisse und zwar wie mit einem Schlage.

Der Appetit trat ziemlich stürmisch ein und die ominösen Darmerscheinungen begannen sich zu regeln; die Kräfte kehrten allmählich wieder.

Der Auswurf blieb noch lange eitrig und enthielt noch nach einem Vierteljahre Bacillen, doch ergab die Untersuchung, die vielmal und auf's peinlichste angestellt wurde, eine geradezu auffallende Abnahme der Tuberkelstäbchen.

Recht langsam gingen auch die anatomischen Veränderungen auf beiden Lungen zurück.

Die erste Rückbildung zeigte die weniger ergriffene rechte Lungenspitze, deren Dämpfungsbezirk sich unverhältnissmässig früher als der der linken Seite verkleinerte. Diese folgte, da die Zerstörungen doch weit vorgeschritten waren, nur ganz allmählich.

Die klingenden Rasselgeräusche verminderten sich im Verlaufe der ersten 3 Wochen kaum merklich, verloren erst nach 6 Wochen diesen Charakter, um einem unbestimmten Rasseln Platz zu machen. Noch nach 4 Monaten waren die Geräusche deutlich zu hören.

Bei der Entlassung des Patienten aus dem Spitale konnte die Dämpfung rechts kaum mehr eruirt werden, während die linke Seite VO eine solche bis zur 2. Rippe und HO 2 Finger hoch über der Infrascapulargrube aufwies.

Die Dämpfung seitens der Schwartenbildung der linken Pleura bestanden noch weiter, ohne dass Schmerz und Behinderung durch sie verursacht wurde. Das Gleiche ist von dem Exophthalmus und der Veränderung am Herzen zu sagen.

Heute ist Patient, der nach Ablauf seiner Strafe in die Freiheit entlassen wurde, nach indess erhaltenen Nachrichten gesund und zu leichter Arbeit wohl befähigt.

Der Beweis, dass es sich hier um eine während der Haft acquirirte Lungentuberculose gehandelt, ist wohl durch die physikalischen Veränderungen, durch den Krankheitsverlauf und durch das Vorkommen von Tuberkelbacillen gesichert. Fest steht ferner, dass eine plötzlich auftretende Gesichtsrose mit vorausgegangener Angina den anscheinend sicheren letalen Ausgang, durch plötzliche Hemmung aller Krankheitserscheinungen, verhindert hat. Auf welche Weise ist dies nun geschehen?

Ist im Kampfe des einen Virus mit dem andern der acut auftretende Sieger geblieben gegenüber dem chronischen? Fast scheint es so, obgleich es nach unserer heutigen Kenntniss dieser noch im tiefen Dunkel sich abspielenden Vorgänge gewagt erscheinen möchte, eine definitive Behauptung aufzustellen.

Zur Klärung dieser auf's höchste überraschenden Vorkommnisse sind jedenfalls weitere Fälle nothwendig. Manche derartige Unterbrechungen chronischer Krankheiten bleiben oft unbeachtet und doch wäre es so wünschenswerth, dass alle an's Tageslicht gebracht würden.

Ueber angeborenen Defect der Brustmuskeln.

Von Privatdocent Dr. *J. Rückert* in München.

Auf dem Präparirsaal des hiesigen anatomischen Institutes fand ich im vergangenen Wintersemester einen Fall von angeborenem Brustmuskeldefect, der mir von Herrn Professor Dr. Rüdinger gütigst zur Untersuchung überlassen wurde. Der Befund ist folgender:

An der Leiche eines 5 Tage alten, mit hereditärer Syphilis behafteten Knaben fehlt linkerseits die Portio sternocostalis des Pectoralis major, der Pectoralis minor und die mittlere Portion (Henle) des Serratus anticus. Die Portio clavicularis des erstgenannten Muskels ist von der gleichen Stärke wie auf der rechten Seite, zeigt aber einen ungewöhnlichen Ursprung, insofern sie nicht von der medialen Hälfte des Schlüsselbeins ausgeht wie rechterseits, sondern ausschliesslich von der lateralen. Sie legt sich in Folge dessen dicht an den medialen

Rand des Deltamuskels und bringt die auf der rechten Seite verhältnissmässig weite Mohrenheim'sche Grube völlig zum Verschwinden[1]).

Was die übrigen Schichten im Bereich der Defectstelle anlangt, so war die Haut mit der Brustwarze und das subcutane Fettpolster normal gebildet. Unter dem letzteren trifft man an Stelle der Brustmuskeln eine Fascie, die unterhalb des Schlüsselbeins kräftig entwickelt ist und hier dem Lig. coraco-claviculare entspricht, während sie weiter nach abwärts, wo sie das Fett der Achselhöhle von vornher deckt, sich beträchtlich verdünnt. Erst an einer dem unteren Rand des grossen Brustmuskels entsprechenden Stelle verdickt sie sich wieder und endet hier frei mit einem scharfen Rand. Dieser verhält sich ebenso wie der entsprechende Rand des Muskels, d. h. er verläuft schräg nach aussen und aufwärts gegen die Spina tuberculi majoris und findet hier, sehnig verstärkt, unter der Ansatzstelle der Portio clavicularis, seine Insertion.

Von Gefässen ist im Bereich der Defectstelle eine Art. thoracica suprema, eine thor. acromialis mit Rami thoracici und eine thor. longa vorhanden, die hinsichtlich ihres Kalibers den gleichen Gefässen der rechten Seite nicht merklich nachstehen. Auch die Nerven der Brustmuskeln (zwei Nn. thoracici anteriores) sind auf der linken Seite in der gleichen Weise angelegt wie rechts, nur sind sie entschieden schwächer als dort; der N. thoracicus longus ist auf beiden Seiten von gleicher Stärke. Die Nerven verlieren sich ebenso wie die Brustmuskeläste der Art. thor. acromialis in mehrere Zweige gespalten in dem unter der Fascie vorhandenen fettreichen Bindegewebe.

Im Bereich der Rippen und des Brustbeins ist ein Defect nicht vorhanden, wohl aber eine geringgradige Bildungsanomalie in Gestalt eines die medialen Enden der 2. und 3. Rippe und den Sternalrand verbindenden accessorischen Knorpelstückes. Ausserdem beschreibt das Brustbein eine Krümmung in frontaler Ebene mit nach links gewendeter Convexität, eine Erscheinung, die vielleicht einfach durch den einseitig wirkenden Zug des rechten Pectoralis maj. zu erklären ist.

Anderweitige Abnormitäten wurden nicht gefunden, obwohl der Brustkorb, die Brusteingeweide und die linke obere Extremität speciell daraufhin untersucht wurden. Die mikroscopische Untersuchung des Rückenmarkes steht noch aus. Eine Vererbung des Defectes liegt von Seite der Mutter nicht vor, über den Vater liess sich nichts ermitteln.

Bezüglich der Literatur über Brustmuskeldefecte verweise ich auf eine Arbeit von Häckel[2]), welcher eine übersichtliche Zusammenstellung der ihm bekannt gewordenen Fälle giebt. Seit dieser im Jahre 1886 erfolgten Publication erschien über denselben Gegenstand eine Arbeit von Stintzing[3]) und eine von Bruns und Kredel. Ausserdem finden sich bei Stintzing zwei von Häckel nicht erwähnte Fälle v. Noorden's[4]) citirt, deren einer ein Unicum darstellt. Man kann hiernach folgende Formen der Abnormität unterscheiden:

1) Einseitiger Mangel der Portio clavicularis des Pect. maj.
2) » » » » sternocostalis » »
3) » » des Pect. minor.
4) » » » » » und der Portio sternocostalis des Pect. maj.
5) Einseitiger Mangel der beiden Pectorales.
6) » » » Portio sternocost. des Pect. maj., des Pect. min. und des ganzen oder nahezu ganzen Serratus anticus.
7) Doppelseitiger Mangel der beiden Pectorales mit Ausnahme der Portio clavicularis des linken Pect. maj. (einmal beobachtet von v. Noorden).

Der von mir beschriebene Fall gehört in die Gruppe 4 und nähert sich durch den geringen Defect des Serratus der Gruppe 6. Er stellt eine Form der Brustmuskeldefecte dar, die von Klinikern (v. Ziemssen, Eulenburg, Fränkel, Berger, Bäumler, Ebstein, v. Noorden, Stintzing) am Lebenden öfter untersucht wurde als die übrigen Anomalien dieser Art. Nach diesen Beobachtungen hatte es bis vor Kurzem den Anschein, als ob der Defect nur auf der rechten Seite vorkäme, erst ein Fall von v. Noorden und der meinige zeigen, dass dem nicht so ist.

Anatomisch ist die Abnormität, so viel ich aus der Literatur ersehen kann, noch nicht beschrieben worden. Es erschien mir daher eine Publication des Falles angezeigt, um so mehr als schliesslich doch nur vom anatomisch-embryologischen Standpunkt aus eine Aufklärung über die Aetiologie dieser Missbildung zu erhoffen ist. Von unserem Fall ist eine Entscheidung dieser Frage selbstverständlich nicht zu erwarten, wohl aber lassen sich einige der a priori gegebenen ätiologischen Möglichkeiten ausschliessen. So lässt sich mit Bestimmtheit sagen, dass der Muskeldefect nicht durch ein Fehlen oder eine mangelhafte Ausbildung der zuführenden Blutgefässe verursacht sein kann und ebenso wenig durch einen Mangel seiner motorischen Nerven. Ferner ist auch nicht anzunehmen, dass durch einen primären Defect der motorischen Ganglien im Rückenmark die Anlage der Muskeln ausgeblieben ist, da in diesem Fall vor Allem die Bildung der motorischen Nerven ausgefallen wäre. Für eine Entscheidung dieser Punkte ist die Untersuchung eines Neugeborenen weit günstiger als die des Erwachsenen, da die Nerven und Gefässe späterhin einer Rückbildung anheimfallen dürften. Endlich lässt sich auf Grund des anatomischen Befundes auch die Möglichkeit von der Hand weisen, dass die Muskeln in Folge eines fötalen Entzündungprocesses zu Grunde gegangen sind, da von einem solchen sich beim Neugeborenen doch irgend welche Spuren müssen nachweisen lassen.

Weiteren Aufschluss über die Entstehung unserer Missbildung erhält man, wenn man berücksichtigt, dass der Defect der Brustmuskeln häufig mit Abnormitäten der übrigen in der betreffenden Körperregion vorhandenen Gewebsschichten combinirt erscheint. Vor Allem ist hier der als »seitliche Thoraxspalte« bekannte Skeletdefect zu nennen, welcher die sternalen Abschnitte der oberen Rippen (mit Ausnahme der ersten) betrifft. Die Zahl der mir aus der Literatur bekannten Fälle von angeborenem Mangel der Brustmuskeln beträgt, wenn ich die geringgradigen Anomalien wie z. B. unvollständigen Defect der Portio clavicularis mit rechne 36 und unter diesen befinden sich 8 Fälle von ausgesprochen seitlicher Thoraxspalte. (Ausser den von Froriep[5]), Schlözer[6]), Frickhöfer[7]), Volkmann[8]), Seitz[9]) und Häckel[10]) beschriebenen sind mir noch 2 von Herrn Dr. Rieder in der XIV. Sitzung der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie im Jahre 1889 demonstrirte Fälle bekannt geworden.) Diese Zahl ist im Verhältniss zu gross, als dass man von einem zufälligen Zusammentreffen reden könnte. Auch kommen noch, wie unser Fall lehrt, anderweitige geringfügige Abnormitäten im Bereich der Rippen neben dem Muskeldefect vor, die vielleicht häufiger sind als man weiss, weil sie am Lebenden leicht der Untersuchung entgehen. Man wird daher diese Anomalien im Bereich des Muskel- und Skeletsystems unter einheitlichem Gesichtspunkt betrachten müssen, etwa in der Weise, dass man die Fälle von reinem Muskeldefect als die leichtere, diejenigen mit gleichzeitigem Skeletdefect als die schwerere Form der gleichen Störung ansieht. Nun wird der angeborene Rippendefect in den Lehrbüchern der Teratologie mit der Fissura sterni congenita zusammen abgehandelt und von einigen Autoren geradezu als eine Abart derselben erklärt. Ist diese Auffassung richtig, dann wäre die Missbildung in einfacher Weise erklärt, denn die Brustbeinspalte ist längst als reiner Fall von Hemmungsbildung erkannt. Das Brustbein entsteht bekanntlich durch mediane Vereinigung zweier seitlicher Knorpelleisten (Sternalleisten), welche die freien Enden der wahren Rippen verbinden. Wird durch irgend eine (noch unbekannte) Ursache die Verschmelzung der Sternalleisten gehindert, so ist die Sternalfissur gegeben. Wäre der Rippendefect nichts Anderes als eine seitlich gelegene Spaltbildung dieser Art, dann müssten die medianen Enden der verkürzten Rippen eine der Sternalleiste entsprechende Verbindung zeigen. Dies ist aber in keinem

[1]) Kommt eine solche Verlagerung der Clavicularportion nur am Lebenden zur Untersuchung, wie das bei einem von Herrn Dr. Rieder in der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie kürzlich (XIV. h, Sitzung 1889) vorgestellten Brustdefect der Fall war, so kann die Entscheidung schwierig sein, ob das betreffende Muskelstück nicht ein Theil des m. Deltoideus ist.

[2]) Virchow's Arch. Bd. 113.

[3]) Deutsch. Arch. f. klin. Medic. XLV.

[4]) Deutsche med. Wochenschrift 1885, Nr. 39.

[5]) Froriep's Notizen Bd. X, Nr. 1. 1839.

[6]) Die angeborenen Missbildungen des gesammten weiblichen Geschlechtssystems. Inaug.-Diss. Erlangen 1842.

[7]) Virchow's Arch. Bd. X.

[8]) Archiv f. Anat. Entw. gesch. Bd. II.

[9]) Virchow's Arch. Bd. 89.

[10]) Virchow's Arch. Bd. 113.

der Fälle nachweisbar, es enden vielmehr die Rippen frei am Rand des Defectes. Das Brustbein dürfte ferner nach jener Ansicht im Bereich der Thoraxspalte niemals vollständig, sondern nur in seiner halben Breite ausgebildet sein, während es doch in Wirklichkeit nur in dem einzigen Falle von Seitz einen etwas grösseren und in dem von Rieder einen geringen Defect aufweist. Beweisend ist endlich auch der Umstand, dass in fast der Hälfte dieser Missbildungen (Froriep, Schlözer, Volkmann) der Spalt die Rippen nicht vom Sternalrand abscheidet, sondern weiter lateral durch die Substanz der Rippen selbst hindurchgeht, in der Weise, dass die medialen Endstücke der letzteren mit dem Sternum in Verbindung bleiben. Aus all dem erhellt zur Genüge, dass die fragliche Missbildung mit der Fissura sterni nichts zu thun hat. Da sie ferner kein Stehenbleiben auf einer fötalen Entwickelungsstufe darstellt, so kann sie auch nicht wie jene als Hemmungsbildung aufgefasst werden. Damit soll aber nicht etwa behauptet werden, dass nicht in letzter Linie die gleiche mechanische Ursache die beiderlei Missbildungen hervorrufen könne.

Ausser den Brustmuskeln und dem Skelet können noch sämmtliche übrige Schichten der Brustregion von der Anomalie betroffen sein, so die Haut (Atrophie) mit der Brustwarze (Atrophie oder gänzlicher Mangel), die Brustdrüse (Atrophie oder gänzlicher Mangel), das subcutane Fettgewebe (Atrophie) und die Intercostalmuskeln (Defecte).

Es geht hieraus hervor, dass von der Störung Gebilde betroffen werden können, deren Gewebselemente sich in einer sehr frühen Entwickelungsperiode trennen. An einen Ausfall des Bildungsmateriales zu einer Zeit, bevor diese verschiedenen Gewebselemente sich von einander geschieden haben, wird man daher kaum denken können, weil alsdann die nachfolgende Störung eine weitergehende, nicht so local beschränkte sein würde. In Wirklichkeit haben die einzelnen von dem Defect befallenen Theile, die eine verschiedene Genese besitzen, die auf verschiedenen Wegen innervirt und mit Blut versorgt werden, mit einander nichts gemein als ihre topographische Lage, und dies weist meines Erachtens sehr bestimmt darauf hin, dass die Schädlichkeit von der sie gemeinsam betroffen wurden, auch eine local einwirkende gewesen sein muss. Sehr bezeichnend scheint mir in dieser Hinsicht der Umstand zu sein, dass mit den Brustmuskeln auch die M. intercostales fehlen können (nach Froriep zwischen 2. und 5. Rippe, nach Schlözer wahrscheinlich zwischen 3. und 5. Rippe). Diese beiderlei Muskelanlagen entstammen verschiedenen Segmenten und haben genetisch nichts mit einander zu thun, nur durch die Verschiebungen, welche in Folge des Hervorwachsens der Extremitäten entstehen, kommen sie in die gleiche topographische Region zu liegen.

Die Entstehung unserer Missbildung durch einen in loco stattfindenden Druck ist für die mit Rippendefect combinirten Fälle schon von mehreren Forschern vermuthet worden. So haben Froriep und später Seitz auf die Möglichkeit eines Druckes von Seite einer Extremität hingewiesen und Professor v. Kupffer sprach sich kürzlich in der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie (XV. Sitzung 1889) dahin aus, dass vielleicht eine ungewöhnliche Ausdehnung der Pericardialhöhle die Störung veranlassen könne.

Gegen eine locale Entstehungsursache könnte allenfalls eingewendet werden, dass bei schwereren Formen der Missbildung noch an anderen Stellen des Körpers Abnormitäten gefunden werden. Dieselben betreffen aber vorzugsweise die obere Extremität (Syndactylie, Fehlen von Phalangen, Schwimm- und Flughautbildung) und lassen sich daher ebenso gut für unsere Ansicht, speciell für die von Froriep und Seitz aufgestellte Vermuthung verwerthen. Schwieriger freilich ist auf diesem Wege der Fall von Berger zu erklären, bei welchem mit dem Defect eine halbseitige Atrophie der gesammten Körpermusculatur und der von Stintzing, bei welchem eine halbseitige, allerdings geringe Atrophie des Gesichts, beobachtet wurde. Erst wenn es gelingt, die Missbildung bei Embryonen zu untersuchen, wird eine endgiltige Entscheidung der Frage möglich sein.

Aus dem Pathologischen Institute zu München.

Ueber einen Fall von Lithopädion.

Von Dr. *Georg Schotte* aus Hameln (Hannover).

Unter der grossen Zahl von Schwangerschaften ist es immerhin eine seltene Ausnahme, wenn eine Extrauterinschwangerschaft gefunden wird; doch lässt sich ein Mittelwerth für die Häufigkeit ihres Vorkommens im Vergleich zur gewöhnlichen Gravidität noch nicht geben, da die einzelnen Statistiken zu weit von einander abweichen. Wenn auch in den beiden letzten Jahrzehnten die beobachteten Fälle von Extrauterinschwangerschaft sich anscheinend gemehrt haben, so ist damit doch noch nicht gesagt, dass dieselbe deshalb heute häufiger sei als früher, sondern es wird wohl die Häufigkeit ihres Vorkommens sich im Laufe der Zeit nicht geändert haben. Dass trotzdem jetzt in kurzer Zeit zahlreiche Fälle dieser Art bekannt geworden sind, dafür sind jedenfalls andere Ursachen aufzusuchen. Vor Allem ist zu denken an die bessere Ausbildung der Aerzte, an die vervollkommneten Untersuchungsmethoden, an die grössere Zahl der Aerzte und die dadurch bedingte vergrösserte Aufmerksamkeit, dann auch an die grosse Verbreitung, die jede Veröffentlichung heute durch medicinische Zeitschriften findet.

Wie dem aber auch sein mag, mit der besseren Erkenntniss der Extrauterinschwangerschaft ist auch ein eingehendes Studium derselben Hand in Hand gegangen, und man hat mit Schrecken bemerkt, dass der grösste Theil aller Fälle, sich selbst überlassen, für die Mutter einen tödtlichen Ausgang nimmt, da der abgestorbene Fötus verjaucht und so zur Sepsis der Mutter führt.

Es kommen jedoch noch ab und zu günstige Ausgänge vor, wobei es ein Haupterforderniss ist, dass an den abgestorbenen Fötus die Luft mit ihren Fäulnisskeimen nicht herantritt. Ist diese Bedingung gegeben, so beginnen im Fötus regressive Veränderungen Platz zu greifen, die sich auf verschiedene Weise äussern. In einzelnen seltenen Fällen kommt es zur Ablagerung von Kalksalzen in den schlecht ernährten Geweben, die so der Anlass zur Bildung eines Lithopädions werden.

Obgleich diese Gebilde sehr selten sind, so ist doch in der Literatur eine immerhin schon stattliche Reihe von Beschreibungen und Abhandlungen über solche Steinkinder vorhanden. Dieser Reihe möchte ich nun in Folgendem einen weiteren Fall hinzufügen, der unser Interesse besonders noch deshalb beansprucht, weil sich bei ihm gewisse Umstände finden, wie sie in ähnlicher Weise nur noch bei einigen wenigen aller bekannten Fälle zusammentreffen.

Vorausschicken möchte ich noch, dass das Präparat, man kann fast sagen zufällig, gelegentlich der Section der Trägerin entdeckt wurde. Das Nähere darüber ist aus der folgenden Anamnese zu entnehmen.

Bezüglich derselben konnte mir der jetzt noch lebende, rüstige und geistig vollkommen frische Mann, sowie auch die Tochter ziemlich genaue Auskunft geben.

Krankengeschichte. Frau W., geboren am 18. Februar 1818, soll ausser Kinderkrankheiten und einem später zu erwähnenden Wochenbettfieber niemals ernstlich krank gewesen sein; sie soll auch stets leicht und regelmässig menstruirt gewesen sein. In ihrer Ehe machte sie 3 Geburten durch. Das erste Kind kam todt zur Welt; bei der zweiten Geburt gebar sie Zwillinge, die aber schon wenige Wochen darauf starben. Das dritte Kind war ein Mädchen, die jetzt noch lebende und zur Zeit des Todes der Mutter 36 Jahre alte Tochter. Diese 3 Geburten folgten sich etwa in Zeiträumen von 2—3 Jahren. Im Anschluss an die Zwillingsgeburt trat das schon genannte schwere Wochenbettfieber auf, dem die Frau beinahe erlegen wäre.

Etwa ein Jahr nach der Geburt des letzten Kindes soll die Frau noch einmal schwanger geworden sein. Die Periode blieb aus, der Leib wölbte sich vor, die Brüste schwollen an, kurz der ganze Symptomenkomplex trat ein, der auch bei den früheren Schwangerschaften vorhanden gewesen war. Im Laufe der Monate nahm auch die Vorwölbung des Leibes immer mehr zu und gegen Ende der Schwangerschaft wurde die Hebamme zu Rathe gezogen. Diese muss wohl den Zustand nicht normal gefunden haben, denn sie rief einen Arzt hinzu. Derselbe hat die Extrauterinschwangerschaft sicher erkannt, denn, nachdem er noch 3 Collegen hinzugezogen hatte, hat er zum Ehemann gesagt, dass das Kind nicht am rechten Ort sei und dass es vielleicht zu einer Operation kommen würde. Eine solche fand jedoch nicht statt, vielmehr wurde zur Zeit des Geburtstermins ein Klumpen Fleisch

(wohl die Decidua) ausgestossen, worauf der Leib allmählich kleiner wurde. Genaueres weiss der Mann darüber nicht auszusagen; es scheint ihm von den Aerzten absichtlich verschwiegen zu sein, dass seine Frau das Kind noch im Leibe trug. Bald darauf soll die Frau wieder ganz wohl gewesen sein, die Periode kehrte wieder, und sie befand sich fast ganz wie vorher. Seit der Zeit klagte die Frau jedoch immer über Vollheit und Druck im Leibe, auch soll dort ein Klumpen zu fühlen gewesen sein. Da aber von diesem Tumor keine grössern Beschwerden ausgiengen, so wurde er auch nicht weiter beachtet und kein Arzt deswegen zu Rathe gezogen. Eine weitere Schwängerung trat später nicht mehr ein. Die Frau lebte stets in guten und geordneten Verhältnissen; die letzten 4 Jahre ihres Lebens brachte sie bei ihrer verheiratheten Tochter hier in München zu.

Im Jahre 1887 machten sich bei ihr Zeichen von Geistesstörung bemerklich, die schliesslich, da sie jede Nahrungsaufnahme verweigerte, zu ihrer Ueberführung in die hiesige Kreisirrenanstalt Veranlassung gaben. Sie wurde daselbst am 17. Januar 1888 aufgenommen, starb aber schon eine Woche später am 24. Januar 1888 im Alter von nahezu 70 Jahren.

Während ihres Lebens schon wurde von den Aerzten der Anstalt ein Tumor im Abdomen constatirt; derselbe konnte jedoch nicht näher untersucht werden wegen zu grosser Schwäche der Patientin. Die Section wurde 24½ Stunden post mortem vorgenommen und ergab als Todesursache eine catarrhalische Lungenentzündung. Jetzt wurde auch der im Abdomen constatirte Tumor eingehender untersucht; es heisst darüber im Sectionsprotocoll, welches von Herrn Professor Director Grashey dem Patholog. Institut freundlichst zur Verfügung gestellt wurde, wie folgt:

»Aus dem kleinen Becken ragt gut 1½ Hand breit über die Symphyse ein grau-weisslicher Tumor hervor, welcher sich nur mit Mühe und mit Zurückbleiben eines kleineren, an der hinteren Beckenwand haftenden Theiles herausschälen lässt. Dem Tumor vorn aufgelagert befindet sich der kaum wallnussgrosse Uterus. Der Hals desselben ist lang ausgezogen. Nach rechts vom Uterus geht das rechte breite Mutterband mit dem nach rückwärts gelegenen haselnussgrossen Ovarium zur Beckenwand. Die herausgenommene Geschwulst ist etwa mannskopfgross, länglich ovoid, an der Oberfläche unregelmässig höckerig, von fester Consistenz. Es lässt sich ziemlich mühsam eine 2 bis 3 mm dicke Haut abpräpariren, und nach und nach präsentirt sich eine wohl conservirte, die Charactere der Reife darbietende, weibliche Frucht mit allen ihr zukömmlichen Adnexen. Das Präparat wird zur Aufbewahrung in 95 Proc. Alkohol eingelegt.«

Soweit der Sectionsbericht.

Das Präparat besteht aus dem Fötus mit dem ihn umschliessenden Eisack und dem mütterlichen Uterus mit seinen Adnexen, welcher jedoch vom Fötus vollkommen getrennt ist. Dasselbe wurde durch die Güte des Herrn Professor Grashey, Directors der hiesigen Kreisirrenanstalt, dem pathologischen Institute[1]) überwiesen und der Sammlung einverleibt. Sein Gewicht beträgt 1205 g. Davon kommen

1160 g auf den Fötus und
45 g auf den Uterus.

Der auf seiner Vorderfläche braunrothe Uterus ist von vorne nach hinten stark abgeplattet und in jeder Beziehung altersatrophisch. Er misst

in der Höhe 6,0 cm
in der Breite 5,0 cm
in der Dicke 0,8 cm.

Von vorn gesehen erscheint derselbe etwas auf seine linke Seite gedreht; man sieht an seiner rechten Seite, wo sich das linke Mutterband ansetzt, eine Einkerbung. Beim Nachfühlen bemerkt man, dass hier das breite Mutterband eine Dicke von 7 mm und eine Consistenz ähnlich der des Uterus hat.

Betrachtet man das Präparat von hinten, so sieht man die linke Seite des Uterus ganz gut, die rechte dagegen ist durch aufgelagerte, bindegewebige Massen ganz verdeckt. Man erkennt die linke Tube mit ihren Fimbrien ganz deutlich ebenso das linke Ovarium. Es ist nichts Pathologisches an ihnen zu sehen.

Die rechte Seite dagegen gewährt ein ganz anderes Bild. Hier ist nichts von einer Tube mit Fimbrien zu bemerken, das ganze rechte Mutterband ist vielmehr in einen derben Strang verwandelt, der, 7 mm dick, keines der in ihm liegenden Gebilde erkennen lässt. Dieser Strang setzt sich an der ganzen rechten Seite des Uterus an und zwar mehr der Hinterwand zu, so dass der Uteruskörper etwas nach links gedreht erscheint. Nach dem Beckenende zu verschmächtigt sich der Strang beträchtlich und endet schliesslich mit einer weisslichgelben, bohnenförmigen Auftreibung von etwa 3facher Grösse des linken Ovariums. Nach der Beckenwand zu ist diese Auftreibung abgeplattet und zeigt 1 cm langen Schlitz. Auf den ersten Blick hin ist man geneigt, das Gebilde für das pathologisch veränderte rechte Ovarium zu halten. Dringt man jedoch mit der Sonde in den Schlitz ein, so gleitet dieselbe leicht und ohne jedes Hinderniss in den Uterus. Es fragt sich demnach, ob nicht etwa dieses Gebilde das atrophische oder sonst irgendwie pathologisch veränderte Abdominalende der Tube und nicht das Ovarium ist.

Die linke Tube ist für die Sonde nicht durchgängig. Man dringt zwar vom Abdominalostium aus leicht eine Strecke weit vor, dann bleibt die Sonde aber stecken und lässt sich nicht weiter vorschieben. Ebenso ist dieselbe durch das Ostium uterinum nicht einzuführen, da dasselbe obliterirt und nicht aufzufinden ist.

Es wurde nun vom Cavum uteri aus längs der Sonde die rechte Tube eröffnet. Dieselbe verläuft in gerader Richtung ohne irgend welche Schlängelung. Ihre Wandung ist bedeutend verdickt. 4 cm vom Uterus entfernt nimmt dieselbe eine weissliche Färbung an, sie wird bedeutend dicker, und ihr Lumen wird grösser; auch wird die bis dahin glatte Innenwand rauh und faserig. Dabei schwillt die Wandung immer mehr an, so dass schliesslich am Abdominalende jenes Gebilde entsteht, welches man bei flüchtiger Betrachtung für das rechte Ovarium halten könnte.

Um über die Natur dieses Gebildes ins Klare zu kommen, wurde ein 7 mm breites Stück aus der Mitte desselben genommen und nach geeigneter Präparation der mikroskopischen Untersuchung unterworfen. Es zeigte sich dabei, dass die weissliche Substanz auf äusserst stark vascularisirtem, dunklerem Bindegewebe aufsitzt. Dieses so gefässreiche Gewebe ist mit Sicherheit als dem Ligamentum latum angehörig und von ihm ausgegangen zu betrachten. Es ist entstanden durch die entzündlichen Processe, welche durch den vom Fötus ausgeübten Reiz bedingt und unterhalten sind. Die Natur des weisslichen Gebildes ist nicht sofort ganz klar; erst bei eingehender Untersuchung gefärbter Schnitte zeigt es sich, dass wir es mit der etwas veränderten Tube zu thun haben. Man erkennt ganz deutlich ihre Schleimhaut mit dem Saum von Cylinderepithel sowie die übrigen Lagen ihrer Wandung. Dieselben sind jedoch sämmtlich erheblich verdickt, und es gehen ihre Grenzen etwas verschwommener in einander über als gewöhnlich. Eine Spur vom rechten Ovarium liess sich absolut nicht finden.

Ein wesentliches Factum hat jedenfalls die mikroskopische Untersuchung ergeben, und das ist das Fehlen des rechten Ovariums. Ob es sich nun um eine primäre Ovarialschwangerschaft mit secundärer Bauchschwangerschaft handelt, — es spricht dafür das Fehlen des rechten Ovariums und die straffe Verbindung des Uterus mit dem verdickten Utero-ovarialband, vielleicht wäre auch die äusserste Hülle des Eisackes als Ligamentum latum zu deuten, — oder ob eine primäre Bauchschwangerschaft vorliegt, das lässt sich mit Sicherheit ohne Weiteres nicht entscheiden. (Fortsetzung folgt.)

1) Einlauf-Journal No. 57. 1888.

Feuilleton.

Zur Erinnerung an Dr. Franz Hessler.

Am 17. Juni dieses Jahres schied in einem bescheidenen Stübchen an der Bogenhauserstrasse Nr. 8 zu München ein einundneunzigjähriger Greis aus einem stillen, ruhigen Dasein, welcher verdient, dass ihm aus dem Kreise der Aerzte ein Erinnerungsblümchen auf das Grab gelegt werde. Hessler's Verdienst liegt fern ab vom alltäglichen, gewöhnlichen Wege der praktischen Medicin, er wandelte einen einsamen Pfad, auf welchem ihm von Collegen kaum einer oder der andere folgte.

Einem Theile der Aerzte ist bekannt, dass er sein Leben dem Studium der altindischen Heilkunde, den Anfängen der wissenschaftlichen Medicin zugewendet hat. Seine Zeitgenossen, die er wahrscheinlich alle überlebt hat, wussten davon, die jetzt lebenden Berufsgenossen, auch die älteren, sind seinen Bestrebungen und Werken kaum näher getreten. Nachfolgende kurzgefasste Notiz möge das Andenken an diesen einsamen gelehrten Arzt und Geschichtsforscher in bestverdientem Andenken bewahren.

Franz Hessler war am 15. October 1799 in Krombach, dermaligen Bezirksamtes Alzenau und Amtsgerichtes Schöllkrippen im Regierungsbezirke von Unterfranken und Aschaffenburg als der Sohn einfacher Bauersleute geboren. Nach seinem von dem gewöhnlichen nicht verschiedenen Studiengange, in welchem er im Jahre 1822 beim Abgange vom Würzburger Gymnasium sich die beste Note erworben hatte und nach mehrjährigem Universitätsstudium in Heidelberg und Erlangen am 18. October 1827 daselbst als Doctor philosophiae mit der Inaugural-Dissertation »De antiqua inter Alexandrinos quae viguit Philologiae indole« die allgemeinen und Fachstudien vollendet hatte, trat er im Jahre 1828 als Assistenzarzt des vierten Stadtdistriktes in Würzburg ein und blieb in dieser Vorbereitungsstelle bis zum November des Jahres 1830, zu welcher Zeit er die Proberelation vor der Prüfungs-Commission in Bamberg bestand mit der Dissertatio inauguralis: »De antiquorum Hindorum Medicina et scientiis physicis, quae in Sanskritis operibus exstant«. Wirceburgi 1830. Mit dieser Schrift war er in den

Tempel eingetreten, der ihm sein ganzes Leben lang als Heiligthum galt. Es war ihm nicht gegönnt, den Weg der Wissenschaft zu wandeln, er musste den dornigen Pfad der ärztlichen Praxis und des amtsärztlichen Dienstes einschlagen, der nicht ganz nach seinem Geschmacke war. Im Jahre 1833 wurde er zum Gerichtsarzte in Miesbach ernannt, von wo er aber verschiedener Misshelligkeiten wegen auf seinen Wunsch im Jahre 1834 in gleicher Eigenschaft nach Wemding und von da im Jahre 1862 als Bezirksarzt II. Classe nach Geisenfeld, Bezirksamts Pfaffenhofen versetzt wurde. Am 17. April 1873 trat er, 74 Jahre alt, in den erbetenen Ruhestand. Bald darauf verzog er nach München, woselbst er bis zu seinem Lebensende zurückgezogen, nur seiner Lieblingswissenschaft dienend, lebte. Seine Frau verlor er im Jahre 1884, Kinder hinterliess er nicht.

Dieser einfache äussere Lebensgang schliesst ein reiches inneres wissenschaftliches Leben ein. Nachdem er in Heidelberg 1823 und 1824 Sanskrit studirt hatte, gewann er für das Alt-Indische eine solche Neigung, dass er schon damals diese Forschungen und zwar mit besonderer Richtung auf die Heilkunde zu seiner Lebensaufgabe machte. In seiner medicinischen Inaugural-Dissertation, gedruckt in Würzburg 1830, ist diese seine Aufgabe bereits gewissermassen programmmässig disponirt: in den Capiteln 2—5 derselben, welche von den ersten Spuren der medicinischen Sanskrit-Literatur handeln, gibt er bereits Nachricht über die »Vaedantica Hindorum medicina«. So schritten neben der amtlichen und ärztlichen Thätigkeit die Sanskritstudien im stillen Wemding ruhig fort, bis im Juli 1844 der erste Band jenes Werkes das Licht der Welt erblicken konnte, welcher Hessler's Namen für immer mit der Geschichte der Medicin verknüpft:

»Susrutas Ayurvedas. Id est medicinae systema a venerabili D'Hanvantare demonstratum a Súsruta discipulo compositum.«

Nunc primum ex Sanskrita in Latinum sermonem vertit, introductionem, annotationes et rerum indicem adjecit Dr. Franciscus Hessler. Erlangae apud Ferdinandum Enke. 1844.

Im Jahre 1847 folgte der zweite, 1850 der dritte Band, 1852 und 1855 die beiden Bände »Commentarii et adnotationes in Súsrutae Ayurvédam«, womit das ganze bedeutende Werk abgeschlossen war.

Kein Geringerer als Alexander von Humboldt machte von diesem Werke deutscher Wissenschaft und deutschen Fleisses im zweiten Bande des Kosmos auf Seite 255 im Texte und in der Anmerkung (101) S. 449 (1847) Erwähnung. Am 19. Juli 1848 wurde Hessler vom Geheimen Rath, Leibarzt und Professor Dr. von Walther zum correspondirenden und am 7. Juni 1852 von den Geheimräthen Dr. von Ringseis und von Martius zum ordentlichen Mitgliede der k. b. Akademie der Wissenschaften vorgeschlagen. —

Mit diesem Werke waren für die Erkenntniss der altindischen Medicin neue Wege gebahnt, ja, man kann sagen, es wurde mit demselben, wie mit einer Fackel, ein bisher unbekanntes Gebiet der ältesten Geschichte der Heilkunde erleuchtet und für die Mitwelt erschlossen. Haeser führt auf Seite 3 seines Lehrbuches der Geschichte der Medicin (II. Auflage) an, dass die Bibliothek der ostindischen Gesellschaft (East-India-House) in London allein 86 medicinische Sanskrit-Handschriften besitzt, unter denen das Ayur-Veda (d. i. Lehrbuch der Heilkunde) des Súsrutas der Bedeutung nach an die zweite Stelle gesetzt ist. »Die Masse der auf die Heilkunde im weitesten Sinne bezüglichen Kenntnisse, denen wir bei Súsrutas begegnen — sagt Haeser — ist Staunen erregend. Alles spricht dafür, dass in diesem Werke das Ergebniss von Beobachtungen und Erfahrungen niedergelegt ist, zu deren Sammlungen Jahrhunderte nöthig waren.«

Nach seinem Rücktritte vom Amte liess sich Hessler in München nieder und widmete sich fortan bis in die letzte Zeit seines Lebens seinen Lieblingsstudien, deren Ergebnisse in den Sitzungsberichten der mathematisch-physikalischen Classe der k. bayer. Akademie der Wissenschaften, deren treues und eifriges Mitglied er bis an sein Ende war, veröffentlicht sind. Der Zeit nach folgen sie in nachstehender Reihe:

1) Sitzung vom 7. Juli 1883. »Ueber die Materia medica des ältesten indischen Arztes Tscharaka.« — Diese Heilmittellehre ist aus der Calcuttaer Ausgabe der Samhita des Tscharaka ausgezogen.

2) Sitzung vom 5. Juli 1884. »Ueber Entwicklung und System der Natur nach Gangâdhara, dem Scholiasten des Tscharaka.«

3) Sitzung vom 5. Februar 1887. »Ueber Naturgeschichte der alten Inder.«

4) Sitzung vom 5. Mai 1888. »Beiträge zur Naturphilosophie der alten Hindu.«

5) Sitzung vom 4. Mai 1889. »Generelle Uebersicht der Heilmittel in dem Ayurvéda des Súrutas.«

Dr. von Kerschensteiner.

Zur Onomatologia medico-historica.

Von Landgerichtsarzt Dr. *J. Ch. Huber* in Memmingen.

(Fortsetzung.)

Marie, Pierre. Als Maladie de Marie gilt bei den Franzosen die Acromegalie, welche von P. Marie in der Revue de médecine 1886 als »hypertrophie non congenitale des extremités supérieures, inférieures et cephalique« charakterisirt wurde. Von demselben Autor ist in der Nouvelle Iconographie de la Salpetrière 1888—1889 eine grosse sehr gediegene Arbeit erschienen. Bei uns hat Erb (Deutsches Archiv Bd. 42, 1888) vorzügliche Beiträge geliefert; auch W. A. Freund in Volkmann's klin. Vorträgen 329—30 ist zu erwähnen.

Lit.: Souza Leite, de l'acromegalie, maladie de P. Marie 1890, avec 102 fig.

Menière, Prosper (1799—1862). Die Menière'sche Krankheit = Vertigo ab aure laesa erwähnte der Entdecker zuerst in einem Berichte an die Academie de médecine vom 8. Juni 1861. Zur Orientirung diene der Artikel von Lucae in Eulenburgs Realencyklopädie. (Morbus apoplectiformis Menière) Lesenswerth ist auch die 17. und 18. Vorlesung bei Charcot (Klin. Vorträge, ed. Fetzer, II. Abtheilung).

Miescher-His, Joh. Friedrich, geb. 1811 zu Basel, entdeckte in den Muskeln der Hausmaus die nach ihm benannten Schläuche (Verhandlg. d. naturforsch. Ges. zu Basel 1843).

R. Blanchard nannte den zur Classe der Sporozoen gehörigen Organismus: Miescheria muris (1885). Bezüglich der systematischen Stellung spricht sich R. Leuckart noch zurückhaltend aus.

Lit.: Bütschli, Protozoen I. 604. Sarcosporidien.

Die Rainey'schen Schläuche sind mit diesen nahe verwandt.

Millar, John, schottischer Arzt (Geburts- und Todesjahr nicht bekannt). Er schrieb 1768: Observations on asthma and on the hooping-cough. Nach Rauchfuss (Gerhardt's Handbuch, III. Abth. 2. pg. 99) wäre das Schriftchen der verdienten Vergessenheit nicht entgangen, wenn nicht Wichmann (Ideen zur Diagnostik 1801) sich um die Sache angenommen hätte. Millar hatte 3 Fälle bei Kindern beschrieben, die plötzlich mit Dyspnoë erkrankten, aber nur dürftig und unklar. Erst Wichmann gab eine gute Beschreibung des katarrhalischen Croups und nannte die Affection: Asthma acutum periodicum Millari.

Das Buch Millar's wurde 1769 deutsch bearbeitet: Ueber die Engbrüstigkeit und über das Hühnerweh von C. C. Krause und rief zahlreiche Arbeiten hervor, die man in Meissner's Grundlage der Literatur der Pädiatrik pg. 111 finden kann.

Auch Rilliet und Barthez rechnen das Asthma Millari zum Pseudocroup. — Dagegen will Flesch (Art. Spasmus glottidis in Gerhardt's Handbuch III. 2) das Millar'sche Asthma mit dem Glottiskrampf identificiren. Hierüber ist auch Steffen in v. Ziemssen's Handbuch IV. 1. pg. 486 ff. zu hören.

Uebrigens ist zu bemerken, dass bezüglich der Ausdrücke: Laryngitis stridula, spasmodica, Pseudo-Croup, Angina stridulosa etc. bei den Autoren theilweise noch grosse Verwirrung herrscht.

Morel, Benedicte Auguste, † 1873, grosser Psychiater. Das Morel'sche Ohr, durch verstrichene Falten und verdünnte Ränder charakterisirtes Degenerationszeichen.

Binder, das Morel'sche Ohr, eine psychiatr. anthropolog. Studie. Archiv f. Psych. XX. 1889, und als S.-A.

Montgomery, William Fetherstone, † 1859. Die Montgomery'schen Drüsen des Warzenhofes (Glandulae lactiferae aberrantes Luschka) werden heute noch in der Semiotik der Gravidität besprochen. M. beschrieb sie in seinem classischen Buche: An exposition on the signs and symptoms of pregnancy etc. 1837; Deutsch von Schwann, 1839. — Es kann die Verdienste Montgomery's nicht schmälern, dass diese Drüsen schon von Morgagni (Adversar. anatom.) und Röderer beschrieben wurden.

Morvan (de Lannilis). Die von ihm 1883 in der Gaz. hebdom. XX. beschriebene Krankheit (Paresie analgésique à panaris) pflegt unter Bildung mehrfacher Panaritien zu verlaufen, wobei es zur Abstossung der Phalangette kommt; Parese des Armes und Analgesie sind damit combinirt, wodurch sich das Leiden als Trophoneurose darstellt.

Lit.: d'Oger de Speville, Maladie de Morvan. Paris 1888. 4. Guinon et Dutil, Deux cas de maladie de Morvan (Iconographie de la Salpetrière 1890. Heft 1 mit Illustrat.). Schmidt's Jahrb., Bd. 201 (1884) Bericht von Möbius.

Morgagni, Joh. Baptist. Den Morgagni'schen Staar erwähnt zuerst Hoin, Augenarzt zu Dijon 1764, nach ihm Janin, der diese Form für den Eiterstaar von Maitre-Jean und St. Yves erklärt, später Wenzel etc.

Nach Hirsch, Geschichte der Augenheilkunde, pg. 343 (Leipzig, 1877).

Nisbet, William (1759—1822). Als Nisbet'scher Schanker wird eine auf dem Rücken des Penis vorkommende kleine Geschwürsform (Bubonulus) bezeichnet. First lines of theory and practice in vener. diseases. Edinburg und London 1787. Deutsch von Michaelis 1789. — Abbildung bei Kaposi, die Syphilis der Haut etc. Lief. I. Tab. XV.

Paget, Sir James, zu London. Seinen Namen führen zwei Krankheiten:

1) Die Paget'sche Knochenkrankheit betrifft die Röhrenknochen, auch den Schädel (Osteïtis deformans), beginnt mit »rheumatischen« Schmerzen. Die Knochen werden dicker, fühlen sich uneben an, während sich ihre Festigkeit mindert.

Lit.: Med. chir. transact Vol. 60 (1877) und Vol. 65 (1882) von Paget. Stilling in Virch. Arch. 119 mit Literatur und Abbildungen.

2) Paget's Disease of the nipple (Munro). Eine bald acut, bald chronisch verlaufende ekzematoïde Entzündung des Warzenhofes, welche nach etwa zwei Jahren Carcinom der Mamma nach sich zieht. Jüngstens will Darier bewiesen haben, dass diese scheinbar ekzematöse Affection auf Parasiten beruht (Psorospermien, Coccidien). Er hat ähnliche Parasiten in einem Epitheliom der Brustwarze gesehen und erinnert an die Coccidienkrankheit der Kaninchen, bei welcher Wucherungen der Gallengänge vorkommen (Verhandlungen der Societé de biologie 1889). In der früheren Sitzung demonstrirte Albarran Präparate von Epitheliomen des Unterkiefers, in denen sich »Psorospermien« zeigten.

Lit.: Paget in Bartholom. Hospit. reports X. (1874). Geber in v. Ziemssen's Handbuch XIV. II. 606. Duplay u. Reclus, Traité de Chirurgie I. 405 (1890).

Parkinson, James, † 1835. Die von ihm 1817 (Essay on the shaking palsy) beschriebene Schüttellähmung, welche bis vor wenigen Jahren noch regelmässig mit der Sclerosis disseminata verwechselt wurde, wird jetzt allgemein als Parkinson's Krankheit bezeichnet.

Lit.: Eulenburg in der Realencyclopädie (Paralysis agitans). Charcot, klin. Vorträge I. (5. Vorlesung). Lacoste, de la maladie de Parkinson, formes anomales, Paris, 1887.

Parrot, Marie Jules, bedeutender Kinderarzt † 1883. Als Maladie de Parrot gilt eine luetische Pseudoparalyse, deren anatomisches Substrat wohl die Wegner'sche Epiphysenkrankheit bildet (Archiv de physiol. 1872). Delansorne in Annal. d. Dermatolog. 1889. Jan. Henoch, Vorlesungen über Kinderkrankheiten, pg. 95, 1889.

Plinius (Cajus Plinius Secundus), Verfasser der Historia naturalis, † 79 p. Chr.

Als Mentagra Plinii wird besonders in älteren dermatologischen Schriften (z. B. in der Abhandlung über die Krankheiten der Haut des Herrn Anna Karl Lorry, deutsch von Held, 1779) jene Affection bezeichnet, die Plinius im Anfange des 26. Buches schilderte, eine Stelle, die auch culturhistorisch merkwürdig ist (cf. Rosenbaum, Geschichte der Lustseuche, p. 268 ff.). Es handelte sich um eine Dermatose, die zur Zeit des Tiberius Caesar nur in Rom und Umgebung grassirte, das Gesicht, den Hals bis auf die Brust einnahm, sehr ekelhaftes Aussehen hatte und endlich durch ägyptische Specialisten (»magna sua praeda« wie es bei Specialisten vorkommt) curirt wurde. Die Seuche (»lues«) war durch einen römischen Ritter (Perusinus), der in Asia als »scriba quaestorius« (Finanzrath) geamtet hatte, nach der Tiberstadt importirt worden. Die Unsitte des Küssens bei Begrüssungen, die besonders bei der Haute volée herrschte, soll die Ausbreitung begünstigt haben. Bei Frauen und Sclaven, überhaupt bei gemeinen Leuten, kam die Krankheit nicht vor.

Vielleicht war es ein durch zweckwidrige Curversuche degenerirter Herpes tonsurans.

Pott, Percival (1713—1788). Malum Pottii = Spondylarthrocace = Pott'scher Buckel. Zuerst 1776 in Remarks on that kind of palsy of the lower limbs, which is frequently found to accompany curvature of the spine.

Lit.: Leyden, Rückenmarkskrankheiten I. 217 ff. Lannelongne, Tuberculose vertébrale. Paris, 1888.

(Fortsetzung folgt.)

Referate u. Bücher-Anzeigen.

A. Demme: Klinische Mittheilungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde. XXVI. medicinischer Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitales in Bern im Laufe des Jahres 1888.

Gleich den früheren legt auch dieser Bericht rühmliches Zeugniss ab für die gedeihliche Entwicklung der Anstalt und die unermüdliche und erfolgreiche Thätigkeit ihres Leiters, Professor R. Demme. Der wissenschaftliche Theil derselben hat sich in der pädiatrischen Literatur längst Bürgerrecht erworben. Da die Art der Publication einer weiteren Verbreitung nicht gerade förderlich ist, so sei es mir gestattet, über die darin niedergelegten Beobachtungen und Erfahrungen etwas eingehender zu berichten.

Die Frequenz des Jahres 1888 betrug 245 Spital- und 4517 poliklinische Patienten. Todesfälle kamen vor unter den ersteren 33, somit 13,4 Proc. von den letzteren 109 = 2,4 Procent. Unter denselben sind zwei durch den raschen und unerwarteten Eintritt des Todes bemerkenswerth. E. S., 3 Jahre alt, hatte sich die Finger und Dorsalfläche der linken Hand verbrüht. Die vier Stunden später vorgenommene Untersuchung ergab Verbrennung ersten Grades mit mehrfacher Blasenbildung, zugleich aber Collaps, Somnolenz und blutig gefärbten Urin, in dem Methämoglobin und im Sediment Cylinder und Hämoglobinschollen nachweisbar. 2 Stunden später Exitus letalis. Section ergab die bekannten Veränderungen der Hämoglobinämie in Niere, Milz und Leber, die offenbar durch die nur sehr beschränkte Verbrennung hervorgerufen war. Bei dem zweiten Falle handelte es sich um multiple Abscedirung einer ungewöhnlich grossen Thymusdrüse.

Auch zu dem Kapitel der Tuberculose, deren klinische Bilder und Verbreitungswege Demme schon seit Langem mit besonderer Vorliebe erforscht, finden sich interessante Beiträge. Die Brustwunde eines 6 Monate alten Säuglings, von Mastitis neonatorum herrührend, hatte sich unter dem Einfluss tuberculöser Infection in ein Zweifrankenstück-grosses Geschwür mit unterminirten Rändern umgewandelt. Auf dem Grunde desselben finden sich hirsenkorngrosse Knötchen, in denen mikroskopisch wie durch Thierversuch Tuberkelbacillen nachweisbar waren. Nach einer unvollständigen Auskratzung wurde Jodoformverband angelegt,

unter dem die Tuberkelbacillen aus dem Geschwürsgrunde nach Ablauf von 56 Tagen völlig verschwunden waren und schliesslich Heilung eintrat: ein Beweis für die antituberculöse Wirkung des Jodoforms bei örtlicher Application. In einem zweiten Falle bestanden bei einem mit beginnender Lungentuberculose behaftetem Kinde multiple, 20—30 lenticuläre Geschwüre der Mundschleimhaut und des harten Gaumens, die in ihrem Aussehen mit den bei Lues vorkommenden die grösste Aehnlichkeit hatten. Die positive Untersuchung des Geschwürsgrundes auf Tuberkelbacillen gab auch hier die Diagnose. Patient starb bald darauf an acuter Miliartuberculose. Dass auf den Schädel einwirkende Traumen sehr wohl Gelegenheitsursache zur Entstehung tuberculöser Basilarmeningitis abgeben können, zeigt die Krankengeschichte eines 8 Jahre alten Knaben, der bald, nachdem er einen Schlag auf den Kopf erhalten, mit Erbrechen, Bewusstlosigkeit, Fieber erkrankte, schliesslich in Convulsionen und Sopor verfiel und 3 Tage nach der Verletzung starb. Section ergab ausser der Weichtheilverletzung am Kopfe nur verkäste Bronchialdrüsen und eine reichliche miliare Eruption in den Meningen und den Plexus chorioidei.

Zwei Beobachtungen von Tympanitis gaben ihm Veranlassung, sich über die Entstehung dieses Symptomes zu äussern. Der 4 Jahre alte Knabe hat schon seit der Geburt an habitueller Verstopfung gelitten. Zeitweise blieben die Stühle gänzlich aus, es kam zu den Erscheinungen der Darmstenose und hochgradiger Auftreibung des Leibes, bis nach 4—10 tägiger Dauer dieser Zustand sich unter Erbrechen und Diarrhoe wieder zurückbildete. Diesmal hatten die Erscheinungen eine besonders bedrohliche Höhe, der Leib einen Umfang von 67 cm erreicht. Seit drei Tagen fehlt der Stuhl völlig, andauerndes Erbrechen, Bauchdecken auf Druck sehr empfindlich, drohender Collaps. In diesem Zustande, der das letale Ende mit Sicherheit erwarten liess, stellten sich plötzlich reichliche fäculente Entleerungen, Abgang der Flatus, und damit dauernde Wiederherstellung der normalen Darmfunctionen und Schwund der Tympanitis ein. Demme vermuthet auf Grund der Analogie mit einem ähnlichen durch Section belegten Falle, dass hier ein aus der Fötalzeit stammender Bindegewebsstrang den Darm einschnürte und schliesslich unter dem Druck der angestauten Koth- und Gasmassen gedehnt oder zerrissen worden sei, so dass die Passage jetzt dauernd frei blieb. Es war hier die Auftreibung des Leibes durch Stauung der im Darmrohr gebildeten Gase bedingt; in dem zweiten Falle war sie durch einen Krampf des Zwerchfells, wie dies von Talma zuerst angenommen wurde, bedingt. R. A., $2^1/_2$ Jahre alt, leidet seit mehreren Wochen an einer regelmässig 8—10 Minuten nach der Mahlzeit sich einstellenden, fassförmigen Auftreibung des Unterleibs, verbunden mit Angstgefühl und Schwerathmigkeit. Nach 12—30 Minuten verschwindet dieselbe wieder, ohne dass Abgang von Flatus oder Ructus bemerklich. In Chloroformnarcose blieb sie völlig aus. Diätetische Mittel blieben ohne jeden Erfolg. Auf die Abtreibung einer grossen Zahl von Askariden, auf deren Vorhandensein man durch das Erbrechen zweier Würmer aufmerksam geworden war, trat sofortige und dauernde Heilung ein. Demme glaubt, dass es sich hier um einen durch die Anwesenheit der Würmer auf die Nahrungsaufnahme hin reflectorisch ausgelösten Krampf des Zwerchfells handelt.

Schliesslich berichtet er über therapeutische Versuche, die er mit der Parakresolinsäure, resp. dem in 24 Theilen Wasser löslichen parakresolinsauren Natrium angestellt hat. Dasselbe erwies sich in der Dose von 0,25—1,0 per dosi, 1—4,5 pro die als wirksames und ungefährliches Antipyreticum. Am günstigsten ist seine Wirkung beim acuten Gelenkrheumatismus, wo es der Salicylsäure ähnlich ist; Temperatur herabsetzend wirkt es auch bei Typhus, Pneumonie, Tuberculose. Auch bei acuten Gastro-Intestinalkatarrhen junger Kinder hat es sich bewährt. Die Versuche werden fortgesetzt und sollen später ausführlich mitgetheilt werden. Escherisch.

Seifert: Ueber Cutis laxa. (Centralblatt für klin. Medicin 1890 Nr. 3.

In einer vorläufigen Mittheilung beschreibt S. kurz einen Fall von Cutis laxa mit mikroskopischer Untersuchung der Haut. In letzterer fand sich eine Umwandlung des derben Cutis-Gewebes in ein gleichartiges nicht geformtes myxomatöses Gewebe mit totalem Schwund der Fibrillenbündel. Da hiedurch das Hinderniss, welches die fibrösen Bindegewebsbalken der Cutis normalerweise der Dehnbarkeit der elastischen Fasern entgegensetzen, fast vollständig beseitigt ist, so wird einer solchen Haut die Eigenschaft einer durchaus elastischen Membran verliehen. Schmaus.

Levy: Zur Aetiologie der pyaemischen Erkrankungsprocesse. (Centralblatt f. klin. Med. 1890 Nr. 4).

Levy fand in einem Falle von Pyämie nach Mittelohreiterung im Eiter, im Blut und in Thromben vorherrschend kurze Bacillen neben geringen Mengen von Staphylococcus pyogenes alb. Es können also auch die Eiterbacillen so gut wie die Eitercoccen Pyämie hervorrufen. Schmaus.

Vereins- und Congress-Berichte.

X. Versammlung befreundeter süddeutscher und schweizerischer Ohrenärzte

zu Nürnberg, Pfingsten 1890.

(Originalbericht von Dr. Burkhardt.)

Die Sitzung fand statt im Hause des Herrn Dr. Schubert und nahmen daran theil die Herren Dr. Aldinger-Fürth, Prof. Bezold-München, Dr. Bischoff-Basel, Dr. Burkhardt-Nürnberg, Prof. Kiesselbach-Erlangen, Prof. Kirchner-Würzburg, Dr. Köbel-Stuttgart, Dr. Körner-Frankfurt a./M., Dr. Pfeiffer-Erlangen, Prof. Politzer-Wien, Dr. Proskauer-Nürnberg, Dr. Schubert-Nürnberg, Dr. Truckenbrod-Hamburg, Prof. Wagenhäuser-Tübingen, Prof. Walb-Bonn, Prof. Zaufal-Prag.

Vorsitzender: Dr. Schubert. Schriftführer: Dr. Burkhardt.

Kiesselbach demonstrirt scharfe Löffel zur Entfernung adenoider Vegetationen.

Derselbe: **Vorstellung eines Falles von Durchbruch eines Senkungsabscesses vom Proc. mastoideus in den Rachen.**

27jähriger Dienstknecht seit März 1889 an linksseitigem Ohrenfluss erkrankt, war im October zuerst von anderer Seite wegen Abscess in der oberen Warzenfortsatzgegend und tiefem Abscess in der hinteren seitlichen Halsgegend, die beide mit dem Mittelohr communicirten, operirt worden (Aufmeiselung des Antrum mast.). Danach wohl Besserung, aber die Eiterentleerung bei Druck auf die hintere seitliche Halsgegend war geblieben. Kiesselbach meiselte nun Mitte December zunächst den noch vorhandenen Theil der äusseren Wand des Proc. mastoid. weg, erweiterte dann eine nach innen unten führende Knochenfistel und incidirte hinten unten vom Warzenfortsatz und zwar dort, von wo durch Druck sich der Eiter entleeren liess — aber ohne auf Eiter zu treffen. Auch die gleichzeitige Incision einer linksseitigen retropharyngealen Anschwellung blieb zunächst erfolglos, um aber bei Wiederholung einige Tage später massenhaften Eiter zu liefern. Das in die Höhle des Proc. mast. eingespritzte Wasser floss im Strahl aus der Oeffnung der hinteren Rachenwand. Die Nachbehandlung bestand in täglich 1maliger Durchspülung mit Borlösung von Warzenfortsatz und Tube aus und Verabreichung von Creosot wegen Lungenspitzenkatarrh. Seitdem fortschreitende Besserung.

Vortragender plaidirt in solchen Fällen, wegen der Gefahr secundärer Wirbelaffection für

1) möglichst frühzeitige Incision und zwar Eindringen von dem hinteren Rand des Ansatzes des Sternocleidomastoideus nach abwärts nach der Incisura mastoidea zu,

2) Erweiterung der nach der Innenseite des Proc. mastoid. führenden Knochenfistel.

Bezold bemerkt dazu: dass er sich in derartigen Fällen jetzt auf Eröffnung des Antrum beschränkt. Vor kurzem hat er in einem einschlägigen Falle (Mastoiditis nach Influenza), als nach Freilegung des Antrum wohl der Process in der Pauke sistirte, die Infiltration

der Weichtheile unterhalb des Process. mast. aber zur Abscessbildung weiter fortgeschritten war, mit günstigstem Erfolge dann an dem hinteren Ende des Ansatzes des Sternocleidomastoideus eine Incision gemacht und so dem tiefliegenden Eiter Abfluss verschafft. Es hatten ihm nämlich Gelatineinjectionen am Cadaver gezeigt, dass in Folge der Anordnung der Fascien die Massen an dieser Stelle, also in der Spalte zwischen Sternocl. und Cucullaris zu Tage treten, dass dies demnach der günstigste Angriffspunkt sein müsse, um tiefliegenden von der Innenwand des Proc. mastoid. ausgehenden Abscessen beizukommen.

Körner-Frankfurt a./M.: **Einige Erfahrungen über die Hyperplasie der Rachentonsille.**

Vortragender demonstrirt eine Anzahl Gypsabgüsse des Oberkiefers von solchen Kranken, die an Nasenverstopfung in Folge Hyperplasie der Rachentonsille gelitten haben. Nach einem Referat über die einschlägige Literatur (Wagner, Schaus, Bloch) stellt Vortragender zwei Formen dieser Kieferverbildungen auf: die vor dem Zahnwechsel und die während des Zahnwechsels sich ausbildende. Bei der Ersteren findet man lediglich einen auffälligen Hochstand des Gaumendachs ohne Veränderungen am Alveolarrand und in der Zahnstellung. Dieses Hinaufrücken des Gaumens ist verursacht durch Zurückbleiben der Nase im Wachsthum (Verkümmern eines nicht gebrauchten Organs); das Anprallen des Luftstroms gegen das Gaumendach bei der Athmung hat keinen Einfluss darauf. Besteht die Obstruction der Nase während des Zahnwechsels fort, so kommt es zu weiteren Veränderungen. Der Oberkiefer wird seitlich zusammengedrückt, so dass die Schneidezähne nicht in eine Reihe kommen, sondern dachförmig gegeneinander oder kartenblattartig hintereinander geschoben werden. Die Eckzähne und die vorderen Bicuspidales finden keinen Platz und rücken nach aussen und innen aus der Zahnreihe heraus. Diese Veränderungen sind bedingt durch den bei offenem Munde wirkenden Wangenzug und den Mangel des Gegendrucks der Zunge. Die Stellung des Oberkiefers zum Unterkiefer wird häufig so, dass die mittleren Schneidezähne bei geschlossenem Munde weit vorstehen (offener Biss). In seltenen Fällen wird der Oberkiefer so klein, dass eine doggenartige Ueberbissigkeit des Unterkiefers zu Stande kommt. Rachitis spielt bei Entstehung dieser Verbildung keine Rolle. Die Nasengänge sind in der Regel beim Hochstand des Gaumendachs allseitig verengt und die Scheidewand steht schief.

Schliesslich spricht sich der Vortragende über die Anwendung sogenannter Contra- oder Anoralrespiratoren zur Bekämpfung der Mundathmung aus. Hat man durch Entfernung der hyperplasirten Rachentonsille etc. die Nasenathmung frei gemacht, so hört die Mundathmung von selbst auf. Ist aber das Knochengerüst der Nase so eng geworden, dass eine genügende Athmung durch die Nase unmöglich ist, so sind diese Respiratoren eine unnöthige Quälerei!

In der von Kiesselbach, Kirchner, Wagenhäuser geführten Discussion wird geltend gemacht, dass man Unregelmässigkeiten des Oberkiefer- und Nasenbaues aber auch bei Leuten findet, die nie an adenoiden Vegetationen gelitten haben und dass man wieder, trotz adenoider Vegetationen, solche Verbildungen vermisst. Ferner könnten ja auch in Folge Heredität die bezüglichen Knochenanomalien das primär angeborene sein, die Katarrhe und adenoiden Vegetationen aber das secundäre.

Darauf spricht der Vortragende über **Enuresis nocturna bei Behinderung der Nasenathmung durch Hyperplasie der Rachentonsille.**

Das häufige Vorkommen von Enuresis bei Hyperplasie der Rachentonsille (Major, Ziem, Bloch) kann der Vortragende bestätigen. Seither ist jedoch niemals der Beweis des ätiologischen Zusammenhanges in der Weise geliefert worden, dass man durch Entfernung der Rachentonsille die Enuresis heilte. Dem Vortragenden ist eine solche Heilung in 2 Fällen gelungen. Behinderte Nasenathmung ist niemals die alleinige Ursache der Enuresis in solchen Fällen, sondern sie bewirkt nur das Uebel bei den Disponirten durch den unruhigen Schlaf, den sie zur Folge hat. Die Enuresis als ein Symptom beginnender Kohlensäurevergiftung in Folge mangelhafter Athmung aufzufassen (Major, Ziem), hält der Vortragende für unzulässig.

Unter 127 Operationen von adenoiden Vegetationen ist es dem Vortragenden 5 mal vorgekommen, dass sich 2—8 Tage nach der Operation Angina lacunaris auf der Gaumentonsille einstellte. Einmal sass der Belag auch auf der Plica salpingo-pharyngea und einmal am Gaumensegel. Eine Besichtigung der Operationsstelle war bei den ängstlichen Kindern unmöglich.

Derselbe: **Ostitis des Warzenfortsatzes nach Influenza.**

Empyem des Warzenfortsatzes ist bei Influenza häufiger beobachtet, Ostitis ist jedoch, wie es scheint seltener. Der Vortragende theilt 2 Fälle mit, die folgendes Uebereinstimmende haben:

Bei den Veränderungen in der Paukenhöhle fiel auf, dass die Schleimhautschicht ganz ungewöhnlich verdickt war. Im Verlaufe kam es zu zapfen- und beutelartigen Ausstülpungen am Trommelfell, welche sich bei der Incision als so mit der geschwellten Schleimhaut angefüllt zeigten, dass gar kein Lumen vorhanden war. Bei der Operation fand man einen Monat nach Beginn der Ohrerkrankung eine grosse, mit Granulationen und Knochentrümmern gefüllte Höhle im Warzenfortsatz. In dem anderen Falle, der einen 3jährigen Knaben betraf, trat ausgedehnte Nekrose des Warzenfortsatzes ein, dass schon in der ersten Woche, 2 Tage nachdem durch Paracentese etwas blutiges Serum entleert worden war, Granulome an der hinteren Wand des knöchernen Gehörgangs aufschossen. Bei der Operation erwies sich der Knochen theils erweicht, theils so brüchig, dass grössere Stücke davon mit dem Meissel ohne Hammer leicht entfernt werden konnten. Der Vortragende ist geneigt, hier eine acute primäre Erkrankung des Knochens anzunehmen.

Derselbe: **Ein Fall von angeblicher Simulation eines Gehörleidens vor Gericht.**

Es handelte sich um eine einseitige nervöse Schwerhörigkeit mit Schwindel und subjectiven Geräuschen in Folge von Kopfverletzung. Der zuständige Kreisphysikus hatte den Kranken mit Unrecht für einen Simulanten erklärt, weil er ganz gut höre. Aus dem Gutachten geht jedoch mit Sicherheit hervor, dass bei der Hörprüfung das andere normal hörende Ohr nicht ausgeschlossen worden war.

(Fortsetzung folgt.)

XVIII. Deutscher Aerztetag zu München

am 23. und 24. Juni 1890.

(Originalbericht von Dr. L. Stumpf-München.)

(Schluss.)

II. Sitzung am 24. Juni.

Am 24. Juni Morgens 8 Uhr wurden die Verhandlungen des Aerztetages wieder aufgenommen, und verkündigte der Vorsitzende vor Allem das Resultat der in der ersten Sitzung vorgenommenen Wahl. In den Geschäftsausschuss wurden gewählt die Herren Aub-München, Brauser-Regensburg, Cnyrim-Frankfurt, Graf-Elberfeld, Krabler Greifswald, Pfeiffer-Weimar, Sigel-Stuttgart, Wallichs-Altona und in engerer Wahl Becher-Berlin.

Hierauf wurde in die Tagesordnung eingetreten, und erstattete Busch-Crefeld, der bewährte Referent über die Krankenversicherung, einen eingehenden Bericht über das **Krankencassengesetz.** Er führte aus, dass Manches auf dem Gebiete des Krankencassengesetzes bereits sich gebessert habe, und wo ein zufriedenstellendes Verhältniss zwischen den Cassenvorständen und den Aerzten herrsche, habe sich diese Einigung als im Interesse der Kassen gelegen erwiesen. Wo aber schlimme Verhältnisse bestünden, da seien lediglich die Aerzte selbst, ihr Mangel an Einmüthigkeit und ihre hässlichen Sonderbestrebungen an der Nothlage schuld. In dem Bestreben, die Aerzte mit den Krankencassen zu einem Organismus zusammenzufassen, sei durchaus nicht die Absicht gelegen, gegen die Krankencassen einen Ring zu bilden. Solchen Bestrebungen würde schon von der aufsichtführenden Staatsbehörde entgegengetreten werden. Der ärztliche Stand könnte auf die Forderung einer deutschen Aerzteordnung nicht Verzicht leisten, aber er begnüge sich mit dem, was erreichbar sei, und das sei die Regelung der Ver-

hältnisse auf dem Wege der Landesgesetzgebung, nicht aber auf jenem der Landesverordnung. Allmälig dringe auch die Ueberzeugung in weitere Kreise, dass das Krankencassengesetz die Aerzte sowohl materiell als auch moralisch geschädigt hätte. Die Aeusserungen der politischen Presse hätten diesem Gedanken bereits wiederholt Ausdruck gegeben. Bei Berechnung der ärztlichen Leistung kämen vielfach ganz beschämende und traurige Verhältnisse zu Tage. Noch schwerer sei die moralische Schädigung des ärztlichen Standes. Man brauche nur einen Blick zu werfen auf die Art, wie die Aerzte sich um die zu vergebenden Stellen bei den Cassen bewerben, wie sie von einem Ausschussmitgliede zum andern eilen, stundenlange auf diese warten, alles Mögliche versprechen und selbst das Schlimmste nicht scheuen, die Bestechung. Es müsse nach verschiedenen Zeichen, die schon vorlägen, leider befürchtet werden, dass auch schon Bestechungsversuche vorgekommen seien. Wer diese Uebel heilen wollte, müsse sie offen besprechen, müsse die Sonde an die Wunde legen. Das schon bestehende Elend werde sich aber noch steigern, wenn bei dem Ausbau des Krankengesetzes, wie er in der Krankencassennovelle geplant sei, die Familienversicherung eingeführt, also die Zahl der Versicherten abermals um Tausende von Personen vermehrt würde. Die Thesen, welche zur Beschlussfassung vorlägen, seien eine Consequenz der früheren Beschlüsse des Aerztetages. Sie brächten nichts Neues, sondern seien lediglich die Forderungen, welche die Aerzte immer wieder mit Nachdruck stellen müssten. Nur enges Aneinanderschliessen und Einmüthigkeit sei im Stande, die deutschen Aerzte in dieser sie tief berührenden Angelegenheit vor Noth zu bewahren.

Diese Thesen lauteten:

I. Der Aerztetag betont von Neuem die grossen Gefahren, welche die Krankencassen-Gesetzgebung, namentlich durch ihre bevorstehende Ausdehnung auf die Familienversicherung in sich birgt, falls nicht ein befriedigendes Einvernehmen zwischen den Cassenvorständen und der Vertretung der Aerzte zu Stande kommt.

Er verkennt nicht, dass auf letzterem Wege an manchen Orten ein beiderseits zufriedenstellendes Verhältniss entstanden ist, während anderswo die bisherige Entwicklung der Krankencassen-Gesetzgebung vielfach zu einer sehr erheblichen moralischen wie materiellen Schädigung des ärztlichen Standes geführt hat.

II. Das unumgänglich nothwendige Mittel zur Abwehr dieser Gefahren ist die Uebertragung der Disciplinargewalt an die staatlich anerkannten Vertretungen (Aerztekammern), mag dieses Recht denselben nun allgemein auf dem Wege der Reichsgesetzgebung oder seitens der Einzelstaaten durch die Landesgesetzgebung verliehen werden.

III. So lange ein generelles Curpfuschereiverbot nicht ausgesprochen ist (Abänderung des § 29 der Gewerbeordnung), ist die Einfügung der Bestimmung in das Krankencassen-Gesetz, dass Curpfuscher nicht zur Behandlung der Cassen-Kranken zugelassen sind, unsere dringende und selbstverständliche Forderung.

In der nun folgenden Discussion legte ein grosser Theil der Redner die Verhältnisse innerhalb ihrer Wirkungskreise und den Einfluss des Krankencassengesetzes auf die Thätigkeit der Aerzte in ihrer Heimath dar. Ausserdem brachte die Debatte aber auch manche interessante Einzelheiten, die wir um der Wichtigkeit der Sache willen nicht völlig übergehen können.

So griff Becher-Berlin die Aeusserung des Referenten über die Bestechung von Cassenvorständen auf und constatirte, dass in einem solchen Falle die Angelegenheit auf's Genaueste untersucht worden sei, ohne dass diese Untersuchung ein Ergebniss gehabt hätte. Der angeschuldigte College sei vielmehr völlig mackellos aus der Sache hervorgegangen. Ferner bezweifelte Becher, ob auf dem Wege der Aerztekammern viel erreicht würde. Die Bewerbungen seien auch in Berlin allgemein geworden, und es herrschten dabei mancherlei Missstände und kämen auch unwürdige Erscheinungen zu Tage, doch habe er die Versicherung erhalten, dass Alles geschehen werde, um dieselben, soweit sie in dem Verhältnisse der Aerzte zu den Krankencassen bestehen, zu beseitigen. Er habe die Empfindung, dass die politische Tagespresse mehr als es bis jetzt geschehen, im Interesse der ärztlichen Sache nutzbar gemacht werden sollte.

Weiss-München erörterte die Organisation der Krankencassenärzte sowie die Beziehungen der Krankencassen zum Ausschuss der Cassenärzte, sowie zur Vorstandschaft des Bezirksvereins und bezeichnete eine coordinirte Stellung des Arztes im Vorstande der Cassenverbände als nothwendig. Weiterhin eröffnete der Redner die Aussicht auf die Erweiterung der Aufgaben der Krankencassen, unter denen vor Allem die Bearbeitung des bisher noch gänzlich unbeachtet gebliebenen, aber gleichwohl sehr werthvollen statistischen Materials, sowie die Fürsorge für die Reconvalescenten zu nennen sei, und behielt sich im Verlaufe der Discussion die Einbringung eines Antrages zu den Thesen vor.

Ferner betheiligten sich noch an der Discussion Minckwitz-Röhrsdorf, Lindmann, Becher und der Referent.

Ein in diesem Stadium der Debatte eingelaufener Antrag auf Schluss derselben fand zwar genügende Unterstützung, wurde aber von Aub-München, der darauf hinwies, dass es in Ansehung der Wichtigkeit der Materie wünschenswerth sei, der Discussion einen möglichst freien Spielraum zu gewähren, erfolgreich bekämpft und von der Mehrheit abgelehnt.

In der weiteren Fortsetzung der Generaldiscussion ergriffen noch das Wort Wallichs, Becher, Beckh-Nürnberg, Beinhauer-Höchst, Stumpf-München und Busch, welcher als Referent nochmals beantragte, an der Fassung der Thesen, wie sie von ihm eingebracht worden seien, festzuhalten, da sie das von ihm bezeichnete Mittel zur Besserung der Verhältnisse sowie das Erreichbare darstellten.

In der Specialdiscussion wurde nunmehr die erste These in der vom Referenten beantragten Fassung einstimmig angenommen.

In der Discussion über die zweite These machte Cnyrim-Frankfurt seinen schon in früheren Jahren wiederholt dargelegten, entgegengesetzten Standpunkt geltend, indem er Widerspruch erhob gegen die Ausstattung der Standesvertretungen mit Disciplinargewalt. Er müsse zwar zugeben, dass in der Discussion die Bestrebungen, welche in der zweiten These ihre Krönung finden sollten, in weit milderer Form erschienen wären, aber er könne nicht zweifeln, dass auf solchem Wege der ärztliche Stand zu einem der unfreiesten Stände würde. Es würde der Arm des Staates verlangt, um die Selbstregierung wirksam gegen die Collegen auszuüben. Dass Solche, welche ihre Leistung zu geringeren Preisen anbieten, gemassregelt werden, würde ganz ohne Beispiel sein. Der Staat leihe gewiss dem ärztlichen Stande seinen Arm nicht. Freilich hätten fast alle Redner sich dahin ausgesprochen, dass diese Dinge nicht mit Gewaltmaassregeln zu ordnen seien, sondern nur auf dem Wege der Verständigung; selbst der Referent habe gesagt, die disciplinäre Gewalt solle eine moralische sein. Die öfters angeführten Verhältnisse der Anwälte seien nicht völlig gleichartig. Diese seien selbst für die Anwaltskammern gar nicht eingenommen, und einer dieser Anwälte habe ihm gesagt: Wenn sich die Aerzte diese Kammern vom Halse halten könnten, sollten sie es thun.

Becher erwiderte, er habe zwar die Disciplinargewalt eine platonische genannt, aber sie sei immerhin von Bedeutung. Sie sei eine Stempelung des Arztes in pejus, sie könne das Wahlrecht entziehen; es sei kein Grund vorhanden, sich gegen diese Disciplinargewalt aufzulehnen. In den Aerztekammern sässen ja keine Tyrannen, sondern die Crême des ärztlichen Standes, und zu diesen Auserwählten des Standes müsse man Vertrauen haben.

Mack-Braunschweig erläuterte die Disciplinargewalt der Aerztekammern im Herzogthum Braunschweig, welche daselbst vollkommen ihren Zweck erfüllt hätten. Doch würde die Disciplinargewalt nie angewandt gegen die Anerbietungen niedriger Preise seitens einzelner Aerzte.

Götz-Plagwitz betonte, dass der eine von Cnyrim angeführte Anwalt nicht maassgebend sein könnte. Das Verhältniss der Rechtsanwälte sei vollkommen auf die Aerzte anwendbar. Es könnte nicht eher eine Besserung der Verhältnisse erhofft werden, als bis diese Institution der Aerztevertretungen mit disciplinarer Gewalt eingeführt würde. Wenn sie eingeführt sei, würde sie sicher selten angewandt werden. Es würde sich lediglich handeln um Ertheilung von Verweisen, um Geldstrafen. Die Entziehung der Approbation müsse selbstverständlich den Richtern überlassen werden.

Weiterhin sprachen Bumke-Berlin, der im Gegensatze zu Cnyrim betonte, dass die Anwälte mit ihren Kammern sehr zufrieden seien, ferner Thorspecken-Bremen, Cnyrim, welcher die Verschiedenheit der Aerzte- und Anwaltskammern charakterisirte und Aub-München. Letzterer führte aus, das die zweite These nichts Neues brächte. Cnyrim habe eben seinen schon früher wiederholt dargelegten und hinlänglich bekannten Standpunkt gekennzeichnet und stehe lediglich auf seiner Anschauung fest. Dies könnte und dürfte Niemand abhalten, für die zweite These zu stimmen, da sie in der That geeignet sei, Besserung in die bestehenden Verhältnisse zu bringen. Es würde nicht die Berufsthätigkeit der einzelnen Aerzte überwacht, es sollte lediglich die Moralität derselben etwas beaufsichtigt werden. Eine Menge Dinge gäbe es, die man vor Gericht nicht fassen könne, die aber gleichwohl den Stand depravirten. Das in Klammern stehende Wort »Aerztekammern« möchte er erweitert wissen, um nicht die Meinung zu erwecken, als ob nur die Aerztekammern die verlangte Disciplinargewalt haben könnten.

Ruge-Berlin verwahrte sich dagegen, dass Unterbietungen ein

Moment für die Befugniss der Aerztekammern oder sonstiger Aerztevertretungen mit Disciplinargewalt nicht bieten sollten. Er müsse gerade diese Unterbietungen für die unanständigste Gebahrung halten, gegen welche Einschreitung unbedingt geboten sei.

Guttstadt-Berlin bezeichnete als sehr wünschenswerth, wenn erstrebt würde, dass sich das Publicum nicht an die Presse, sondern an eine ärztliche Disciplinarbehörde wenden könnte.

Mack erörterte, dass die braunschweigischen Aerztekammern auch die Befugniss hätten, in Honorarfragen zu urtheilen. Sie hätten schon wiederholt die bestrittenen Honorarsätze hinauf- und herabgeset. Doch bestehe die gewiss nachahmenswerthe Einrichtung, dass Demjenigen, der sich an die Aerztekammer wandte, jeder weitere Weg vor Gericht abgeschnitten sei.

Nach dem Schlussworte des Referenten, der nochmals die zweite These zur Annahme empfahl, wurde diese mit einer von Becher beantragten kleinen redaktionellen Aenderung (»Ein unumgänglich nothwendiges Mittel« ...) sowie mit der von Aub befürworteten Erweiterung des eingeklammerten Wortes (Aerztekammern u. s. w.) mit allen gegen 7 Stimmen angenommen.

Nunmehr brachte Weiss-München den Antrag ein, als 3. These einzufügen den Satz: »Ein weiteres Mittel zur Besserung des Verhältnisses ist die offizielle Vertretung der Aerzte bei den Cassenverwaltungen mit Stimmberechtigung der Aerzte in den ärztlichen und hygienischen Fragen.« Der Antrag wurde genügend unterstützt, von dem Antragsteller begründet und, nachdem sich Beckh-Nürnberg und der Referent für denselben ausgesprochen hatten, von der Mehrheit der Delegirten angenommen.

Bei der Berathung der 3. These trat Cnyrim-Frankfurt wieder mit seinen schon früher vorgebrachten Einwänden gegen den Erlass eines generellen Curpfuschereiverbotes auf. Er führte aus, dass der Aerztetag vor einigen Jahren eine Verschärfung der gesetzlichen Bestimmungen gegen die Curpfuscherei verlangt habe, er gäbe sich der Hoffnung hin, dass die Delegirten an dem damaligen Votum nicht mehr festhalten würden, sondern zu anderer Ansicht gekommen seien. Sonst müssten sie verlangen, dass Pfarrer Kneipp, Thure Brandt und Hessing eingesteckt würden.

Ihm entgegnete der Referent Busch, dass das Curpfuschereiverbot ein Beschluss früherer Aerztetage sei. Die Forderung, die Curpfuscher von der Behandlung der Mitglieder eines Cassenverbandes auszuschliessen, sei eine Sache für sich und müsse nicht sowohl im Interesse der Aerzte, sondern vielmehr in jenem der Cassenmitglieder und zum Schutze der Cassen gestellt werden. Nachdem Aub sich dahin ausgesprochen hatte, dass der Aerztetag keinen Anlass hätte, von jenen früheren Beschlüssen gegen die Curpfuscherei abzugehen, wurde die Discussion geschlossen.

Bei der Abstimmung über den letzten Satz wurde dieser mit allen gegen 7 Stimmen angenommen und nunmehr als 4. These den vorhergehenden angefügt.

Die Berathung über den VI. Punkt der Tagesordnung, den **Entwurf des bürgerlichen Gesetzbuches,** leitete Aub-München ein, indem er über die Arbeiten der für diese Frage in München niedergesetzten Commission berichtete.

Diese Commission habe sich, führte er aus, zunächst mit den einschlägigen Bestimmungen des Entwurfes über die Behandlung von Geisteskrankheiten befasst, während sie zu jenem Theile des Entwurfes, welcher von der künftigen Stellung des Arztes im bürgerlichen Gesetzbuche handle, eine feste Position noch nicht genommen habe, da abgewartet werden sollte, welche Resultate die Rechtsanwälte mit ihren analogen Bestrebungen erzielten.

Hierauf erstattete Professor Grashey-München über die die Geisteskranken betreffenden Bestimmungen ein ausführliches, ebenso scharfsinniges wie lichtvolles Referat, welches sich im Auszuge nicht wohl wiedergeben lässt, da es sich in allen seinen Theilen an die Intentionen und den Wortlaut des Entwurfes des bürgerlichen Gesetzbuches anlehnte, und wo es geboten schien, die vorgeschlagenen Abänderungen auf's Eingehendste begründete. Bei allen diesen Arbeiten hatte der Commission ein juristischer Beirath zur Seite gestanden. Der Vortrag des Referenten gipfelte in folgenden Anträgen, welche die Commission zur Annahme vorschlug:

I. Die Entmündigung und die Pflegschaft.

Antrag: § 28 soll folgende Fassung erhalten:

»Eine Person, welche wegen geistiger Störung oder geistiger Schwäche nicht im Stande ist, für sich oder für ihr Vermögen gehörig zu sorgen, und die nicht im Sinne des § 1739 für die Pflegschaft geeigenschaftet ist, kann entmündigt werden«. § 1739 soll lauten:

»Eine volljährige Person, welche zwar für sich gehörig sorgen kann, aber durch ihren geistigen oder körperlichen Zustand ganz oder theilweise verhindert ist, ihre Vermögensangelegenheiten zu besorgen, kann zur Besorgung dieser Angelegenheiten, soweit das Bedürfniss reicht, auch wenn die Voraussetzungen der §§ 1726, 1727, 1737 nicht vorliegen, einen Pfleger erhalten, wenn sie das klare Bewusstsein von ihrem geistigen oder körperlichen Zustand und der dadurch bedingten Behinderung besitzt. Die Anordnung der Pflegschaft soll nur mit Einwilligung des Verhinderten erfolgen, es sei denn, dass eine Verständigung mit demselben nicht möglich ist.«

Zur vorliegenden Frage nahmen Risel-Halle und Zenker-Bergquell das Wort zu kurzen Erörterungen und wurde hierauf der Antrag in der Fassung der Commission einstimmig angenommen.

II. Geschäftsfähigkeit.

Antrag: § 64 soll folgende Fassung erhalten:

»Eine Person, welche im Kindesalter steht, ist geschäftsunfähig. Dasselbe gilt von einer Person, welche wegen geistiger Störung oder geistiger Schwäche, wenn auch nur vorübergehend, nicht im Stande ist, für sich oder für ihr Vermögen gehörig zu sorgen, für die Dauer dieses Zustandes. Ingleichen von einer Person, welche wegen geistiger Störung oder geistiger Schwäche entmündigt ist, so lange die Entmündigung besteht. Willenserklärungen geschäftsunfähiger Personen sind nichtig.«

Auch dieser Abschnitt, welcher sich von dem Entwurfe lediglich durch die Weglassung des Ausdrucks »Vernunftgebrauch« unterscheidet, fand widerspruchslose Annahme.

III. In Bezug auf die Fassung des § 708, welcher besagt, dass eine Person, welche einem Anderen einen Schaden zugefügt hat, während sie des Vernunftgebrauches beraubt war, für den Schaden verantwortlich ist, wenn der Vernunftgebrauch durch selbstverschuldete Betrunkenheit ausgeschlossen war, behielt sich die Commission Beschlussfassung vor, sprach jedoch aus:

Die Commission schliesst sich dem Wunsche, dass die Gewohnheitstrinker entmündigt werden möchten, entschieden an, hält aber die Aufstellung einer eigenen Bestimmung hiefür nicht für geboten und ist vielmehr der Anschauung, dass man die Gewohnheitstrinker schon in relativ frühen Stadien wegen geistiger Störung entmündigen könne.

Der Referent erläuterte diesen Satz dahin, dass Menschen, welche sich in unverschuldeter Trunkenheit befänden, häufig Gefahr liefen, als in selbstverschuldeter Trunkenheit befindlich erachtet zu werden. Nicht selten erführe man dann später, dass solche Menschen paralytisch geworden seien. Oder es könne auch ein Trauma vorhergegangen sein. Es sei also sehr schwer, die krankhaften Ursachen der Trunkenheit auszuschliessen. Die Commission habe lediglich den Wunsch ausgesprochen, dass die Gewohnheitstrinker entmündigt werden möchten. Hier kämen nun die Trinkerasyle in Frage. Mit Zwang könnten die Menschen nicht in's Trinkerasyl gebracht werden, aber es sei nicht schwer, einem solchen Menschen Geisteskrankheit nachzuweisen, da der chronische Alkoholismus eine an ganz bestimmten Kriterien leicht erkennbare Geisteskrankheit sei, und auf diese Weise würde man Herr über die persönliche Freiheit des Menschen.

Der Vorsitzende bemerkte hierauf, dass es schwer sein dürfte, in dieser Frage einen Antrag einzubringen, wenn eine Commission, welche mit solcher Gewissenhaftigkeit gearbeitet habe, sich nicht zu einem Antrage habe herbeilassen können. Er wolle nur den Wunsch aussprechen, dass die Commission weiterarbeiten und seinerzeit etwas Greifbares bringen möge. Ein Wiederspruch gegen diesen Commissionsbericht erhob sich von keiner Seite.

IV. In der Frage, ob unheilbare Geistes-Krankheit ein Ehescheidungsgrund sein soll, theilte die Commission den Standpunkt des Entwurfes, dass Geisteskrankheit nicht als Ehescheidungsgrund anzuerkennen sei.

Diese Anschauung begründete der Referent damit, dass erstlich solche Fälle, in welchen aus der Unmöglichkeit einer Ehescheidung Nachtheile für den gesunden Ehegatten entstehen, doch sehr selten wären, ferner böte auch eine längere Geisteskrankheit keine sichere Gewähr dafür, dass nicht doch noch unerwartete Genesung eintrete, und endlich würde mit der Auflösung der Ehe die Alimentationspflichtigkeit des gesunden Ehegatten in Wegfall kommen, wodurch der Geisteskranke in Noth gerathen könnte.

Der entgegengesetzten Meinung war hier Zenker-Bergquell, welcher in Uebereinstimmung mit Mendel u. A. Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund gelten lassen wollte. Er brachte einen dahin zielenden Antrag ein und motivirte ihn damit, dass der Gesetzgeber alle Möglichkeiten im Auge haben sollte. In der sich daranschliessenden Discussion legte Aub dar, dass die Materie noch nicht genügend bereift schiene, und beantragte den Uebergang zur Tagesordnung unter Zurückverweisung des Gegenstandes an die Commission zur weiteren Erwägung und Bearbeitung. Die Versammlung beschloss demgemäss.

V. Zu der Frage der ehelichen Abstammung (§§ 1467 und 1572 des Entwurfes zum bürgerlichen Gesetzbuch) hatte die Commission keinen Abänderungsvorschlag zu machen. Eine Abstimmung hierüber wurde von der Majorität nicht beliebt.

VI. In Betreff der Verjährung der Ansprüche auf Zahlung ärztlicher Deserviten (§ 156 Ziff. 8 des Entwurfes) lautete im Gegensatze zum Beschlusse des vorjährigen Aerztetages, der sich für eine vierjährige Verjährungsfrist ausgesprochen hatte, der Vorschlag der Commission:

»Die Commission erachtet es nicht für geeignet, eine Erweiterung der im Entwurfe enthaltenen zweijährigen Verjährungsfrist anzustreben«.

Aub begründete als Referent die von dem vorjährigen Beschlusse abweichende Fassung damit, dass der vorjährige Beschluss nur mit geringer Majorität gefasst worden sei. Bei näherer Erwägung dieser Frage habe sich ergeben, dass die Fassung der Commission, also die Beibehaltung der zweijährigen Verjährungsfrist des Entwurfes, vorzuziehen wäre.

An der Discussion betheiligten sich meist im Sinne der vierjährigen Frist Götz-Plagwitz, Selberg-Berlin, Kunschert-Fromlautern, und Wiebecke-Frankfurt a/O, welch' Letzterer die längere Verjährung ausgesprochen wissen wollte, damit den Aerzten wenigstens ein Vorrecht (!?) im Entwurfe zuerkannt sei. Guttstadt-Berlin brachte die Verjährungsfrist in Beziehung mit dem Bestehen einer ärztlichen Tax Ordnung. Wo keine solche bestünde, da könnte eine längere Verjährungsfrist festgesetzt werden und umgekehrt. Am Schlusse der Discussion zog Aub den Antrag der Commission zurück, wodurch der Beschluss des vorjährigen Aerztetages wieder zur Geltung kam.

Damit war die Tagesordnung des XVIII. deutschen Aerztetages erschöpft. Zum Schlusse warf der Vorsitzende Dr. Graf-Elberfeld einen Rückblick auf das Ergebniss der Berathungen, sprach der Kgl. Staatsregierung und Stadtvertretung für ihr freundliches Entgegenkommen, den Referenten, besonders den hervorragenden Vertretern der Hochschulen, für ihre eifrige und erspriessliche Mitarbeit, dem Münchener ärztlichen Bezirksvereine wie dem Lokalcomité für die gute Aufnahme und treffliche Vorbereitung, endlich dem Bureau für seine gewissenhafte Dienstleistung den herzlichsten Dank aus und schloss hierauf den XVIII. deutschen Aerztetag.

Auf den Antrag des Medizinalraths Dr. Merkel-Nürnberg ehrte die Versammlung ihren Vorsitzenden in Anerkennung seiner meisterhaften Geschäftsführung durch ein dreifaches Hoch.

Der Nachmittag vereinigte die Delegirten und Gäste mit einer Anzahl von Damen auf einem Ausfluge nach dem Starnbergersee, wo ein gütiger Himmel gestattete, sich der herrlichen Natur und jener lieblichen Uferidyllen zu erfreuen, denen der schöne See seinen Weltruhm verdankt. Die Abendzüge brachten nur mehr einen Rest der stattlichen Schaar, welche ausgezogen war, nach München zurück. Gar vielen der Theilnehmer hatten es die nahen Berge angethan.

Dies war der XVIII. deutsche Aerztetag. Wenn auch vielleicht nicht alle seine Beschlüsse greifbare Gestalt annehmen, so ist doch sicherlich seine Arbeit eine nutzbringende und erspriessliche gewesen, und dafür gebührt der erste Dank, wie in früheren Jahren, so auch dieses Mal dem Vorsitzenden, der wieder mit jener Kraft und Sicherheit das Steuer führte, welche die Alten seit lange kannten und die Jungen bewunderten.

Möge er dem Aerztetage noch lange erhalten bleiben!

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 2. Juli 1890.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr Virchow macht zunächst einige Mittheilungen, betreffend den internationalen Aerztecongress. Es ist eine Ausstellung medicinischer Bildwerke, Porträts etc. im Gewerbemuseum zu Berlin beabsichtigt. Beiträge dazu seien noch erwünscht. Zum Congress selbst seien bis jetzt über 700 Meldungen vorzugsweise aus Amerika und England eingegangen. Beabsichtigt seien am Montag, Mittwoch und Sonnabend der Congresswoche je eine allgemeine Sitzung, in der je ein Redner für jede Nation das Wort zum Vortrag erhalten soll. Ausserdem sollen tagen 18 Sectionen mit 2 Subsectionen für die Orthopäden und Eisenbahnärzte. Eröffnung der Ausstellung am 2. August. Am Montag darauf Empfangsabend, Dienstag städtisches Fest und Empfang im Rathhaus, Mittwoch Sectionsdiners, Freitag Nachmittag Audienz einer Anzahl von Mitgliedern bei S. M. dem Kaiser in Potsdam, Sonnabend Fest bei Kroll.

Herr Isaac stellt einen Fall von Naevus vasculosus pigmentosus vor von nie gesehener Ausdehnung. Das Leiden besteht seit der Jugend, Blutungen seien niemals dagewesen.

Herr Gluck. Bei einer fungösen Kniegelenksentzündung mit Fistelbildung, Schwellung, Fieber wurde Totalresection des Gelenkes und der Kapsel gemacht, und das Gelenk durch die nachfolgende Invaginationsmethode ersetzt: 2 Elfenbeincylinder werden in die Markhöhle des centralen und des peripheren Stumpfes eingekeilt. Dann werden die Cylinder durch Charnire mit einander verbunden, wodurch es möglich wird, Gelenkbewegungen auszuführen. Das wurde bisher in 14 Fällen ausgeführt; stets Heilung ohne besondere Schmerzen und Complicationen. Vortragender glaubt, dass die Wahl des Materials noch nicht endgültig entschieden sei, wenigstens sei in einem Falle das Elfenbein so arrodirt gewesen, dass eine Fractur nicht ausgeschlossen erscheine.

Bemerkenswerth ist die Toleranz der Markhöhlen gegen Fremdkörper; zu verwenden sind auch sterilisirte Scelettknochen, die man mit Elfenbein armirt.

Herr Schüller stellt einen Fall vor von Operation einer eingeklemmten Gelenkmaus des Kniegelenks, wo die Operation mit vollständiger Erhaltung des gesammten Bandapparates ausgeführt worden war. Die Entfernung von Gelenkmäusen hat heute nichts Bedenkliches mehr, wenn sie nicht eingeklemmt sind. In diesem Falle war die Gelenkmaus zwischen Tibia und Femur eingeklemmt und machte nicht unerhebliche Bewegungsstörungen. Patient datirt sein Leiden vom Jahre 1880, wo er eine Verrenkung erlitten haben will. Nach ärztlicher Behandlung war er wieder im Stande zu gehen, doch trat nach erneutem Trauma wieder Erguss in die Gelenkhöhle auf; die eigentlichen Erscheinungen vom freien Gelenkkörper datiren erst seit kürzerer Zeit. Bei einem Sprunge hatte Patient das Gefühl des Zusammenknickens und fühlte einen freien Gelenkkörper, den er aber selbst wieder zum Verschwinden bringen konnte. Es blieb aber stets Empfindlichkeit des Gelenks übrig. Im September vorigen Jahres traten, nachdem schon früher der Körper einwärts vom Ligamentum patellae proprium gefühlt worden war, Einklemmungserscheinungen auf. Patient konnte weder stehen noch gehen, der Körper liess sich nicht zurückbringen. Vortragender fand den Patienten liegend, das Bein in leichter Beugestellung, Unterschenkel abducirt, Beugung möglich, Streckung nicht vollständig, Gelenk schmerzhaft. Operation mit Längsschnitt auf der Innenseite. Eröffnung der Kapsel mit leichter Beugung und forcirter Abduction, so dass

der Körper an der Eminentia intercondylica tibiae gefunden wurde. Derselbe wird am Stiel kurz abgetragen, der innere Semilunarknorpel wird reponirt und angenäht, die Kapsel, welche normal erschien, geschlossen, fester Verband, Heilung fieberlos nach 4 Wochen. Erste Gehversuche im Apparat. Das Bein ist jetzt fester, hat eine bessere Stellung, alle Bewegungen ziemlich frei, Gehen, Stehen, Tanzen ohne Beschwerden.

II. Fall von Fussgelenkresection. Das Gelenk war in Folge von Osteomyelitis der Tibia erkrankt, die nothwendige Resection subperiostal nach Langenbeck ausgeführt, ergab ein bemerkenswerthes Resultat in sofern, als die Bewegung jetzt nach 4 Jahren eine fast vollständig normale geworden ist.

Greifswalder medicinischer Verein.

(Originalbericht.)

Sitzung am 7. Juni 1890.

Vorsitzender: Herr Mosler. Schriftführer: Herr Strübing.

(Schluss.)

Herr **Strübing** spricht über **Sprachbildung bei Ausschaltung des Kehlkopfes.**

Die in der Literatur vorhandenen Beobachtungen lassen sich in zwei Gruppen theilen. In den Fällen der ersten Gruppe besteht in Folge der verschiedensten Ursachen ein Verschluss des Kehlkopfs; nachdem die Kranken eine gewisse Zeit hindurch die Sprache verloren haben, lernen sie es allmählich sich wieder verständlich zu machen und erlangen endlich eine Ersatzsprache, die meist im Verkehr des Lebens sich als ausreichend erweist. So die Fälle von Reynaud, Bose, Bourguet, Roux, Bolassa-Czermak, ein in der Pariser Société de Biologie im Jahre 1856 erwähnter Fall, endlich die Beobachtungen von Störck, Seidler und Bandler. Die Erklärung des hier zur Entwickelung gelangten Sprachmechanismus ist seiner Zeit zuerst von Czermak gegeben und dann von Bose ausführlich beleuchtet; Untersuchungen am Bandler'schen Patienten haben auch den objectiven Beweis für die Richtigkeit einiger hier in Betracht kommender Anschauungen gegeben. Grössere Differenzen in der Sprechfähigkeit der einzelnen Individuen, namentlich in der Fertigkeit, gewisse Vocale und Consonanten zu bilden, finden ihren Grund in grösserer oder geringerer Uebung und Geschicklichkeit. Diesen Fällen steht ein anderer gegenüber, der von H. Schmidt-Stettin im August 1886 im Greifswalder Medicinischen Verein vorgestellt und dessen Sprachmechanismus von Landois und dem Vortragenden im 38. Bande des Langenbeck'schen Archivs beschrieben ist.

Die Ersatzsprache dieses Mannes unterscheidet sich in wichtigen Punkten von derjenigen, welche sich bei den Beobachtungen der ersten Kategorie entwickelt hat, denn sie beruht eben in ihrem gesetzmässigen Entstehen auf völlig anderen Factoren. Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht werden.

Herr **Grawitz: Ueber ringförmige Darmnekrose.**

Bei der Section einer 59jährigen an Carcinoma mammae operirten Frau, welche in der letzten Zeit einen stark aufgetriebenen, auf Druck empfindlichen Leib dargeboten und an leichten Diarrhoen gelitten hatte, ergab sich folgender interessanter Befund. Der Dickdarm stark aufgetrieben, das Colon descendens bildete abweichend von der Norm eine dem Colon transversum parallel laufende Schlinge, welche nachher in die S. romanum überging. In der Nähe dieser abnormen Flexur konnte man unter der Serosa einen etwa 1 cm breiten, um die ganze Peripherie gehenden gelblichen Ring erkennen, in dessen Umgebung punktförmige Blutungen sich befanden. Etwas weiter unterhalb fand sich eine Gruppe frischer punktförmiger Hämorrhagien. An der ersten Stelle nun zeigte die Schleimhaut schmutzig graubraune Färbung, trübe Beschaffenheit und Schwellung sowie eine über die Nachbarschaft erhabene, circuläre und einer Querfalte entsprechende Schleimhautnekrose, die in der Tiefe durch eine dissecirende Eiterung begrenzt war. An der zweiten Stelle fand sich eine rundliche Schleimhautnekrose von Markstückgrösse, jedoch ohne dass hier bereits eine dissecirende Entzündung eingetreten war. Da Dysenterie und Quecksilbervergiftung wegen des übrigen Befundes auszuschliessen war, liessen sich diese Nekrosen nur deuten als entstanden durch den Druck der eingedickten, an diesen Stellen vorhandenen Kothmassen, so dass dieser Befund ganz den sonst im Coecum und Wurmfortsatz häufiger auftretenden Nekrosen ähnelt. Wichtig ist, dass man in diesem Falle die Anfänge eines solchen Decubitus constatiren kann, während man sonst nur feste Narben findet, deren Entstehung dann natürlich unklar ist und wohl mitunter abgelaufene syphilitische Processe vorgetäuscht haben können. Niesel.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 1. Juli 1890.

Vorsitzender: Herr Eisenlohr.

A. **Demonstrationen.** Herr **Thost** zeigt ein 7jähriges Kind mit Larynxstenose, die er mit einem von ihm erfundenen Instrument behandelt hat. Patient ist vor 2 Jahren wegen Diphtherie tracheotomirt, bekam dann eine Stenose des Kehlkopfs und wurde von verschiedenen Chirurgen erfolglos behandelt. Thost entfernte zunächst die viel zu enge Trachealcanüle und ersetzte sie durch eine möglichst weite. Dann liess er birnförmige Zapfen aus Hartgummi von verschiedener Grösse construiren, deren Stiel im rechten Winkel daran sitzt. Diese führte er von unten her in den Kehlkopf ein. Später liess er dieselben Zapfen aus Metall mit abschraubbarem Griff anfertigen; dieselben können nach Entfernung des Griffs längere Zeit getragen werden. (Demonstration.) Das Kind befindet sich noch in Behandlung.

2) Herr **Eugen Fränkel** zeigt Kaninchen, an denen er durch Impfung mit verschiedenen Streptococcen ein typisches Erysipel am Ohr erzeugt hat. Bekanntlich hat Fehleisen zuerst aus dem Erysipel einen Streptococcus gezüchtet, den er für specifisch erklärte. Rosenbach fand später den Streptococcus pyogenes, andere Autoren noch verschiedene Arten solcher Coccen. Nach Fränkel ist die Lehre der Specificität des Fehleisen'schen Streptococcus hinfällig. Fränkel züchtete Streptococcen aus eitrigen peritonitischen Exsudaten, aus Lymphangitiden, einem erweichten Typhusmilz-Infarct, puerperalem Peritonealexsudat und schliesslich den Rosenbach'schen Eitercoccus. Mit allen diesen ihrer Herkunft nach so verschiedenen Bakterien konnte Fränkel am Kaninchenohr ein typisches Erysipel erzeugen. Als Impfstelle diente die Innenfläche des Ohrs. Neben der Localaffection entsteht Fieber, dessen Curven Vortragender demonstrirt. Brachte Fränkel die Coccen in die vordere Augenkammer, so entstand Panophthalmitis; das betreffende Thier erlag der Allgemeininfection. Diese Versuche lehren, dass bei Kaninchen das Erysipel durch die verschiedenartigsten Streptococcen erzeugt werden kann.

B. Herr Prof. **Kast: Zur Pathologie der Magenerweiterung.** (Autoreferat folgt.) Jaffé.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Originalbericht.)

XII. Sitzung vom 14. Juni 1890.

1) Herr **Bumm: Ueber die fötalen Herzgeräusche.**

In 15—20 Proc. aller Fälle hört man am Unterleib von schwangeren Frauen neben oder an Stelle der Herztöne ein Geräusch, das mit diesen synchron ist und also ohne Zweifel seinen Ursprung im kindlichen Gefässsystem nimmt. Kennedy, der diese Geräusche zuerst hörte und beschrieb, glaubte, dass sie in der Nabelschnur entstehen und benannte sie deshalb als »Nabelschnurgeräusch«. Diese Ansicht von dem Entstehungsort der Geräusche ist bis heute die allgemein herrschende geblieben.

Trotzdem lässt es sich nicht leugnen, dass eine Reihe von Bedenken gegen sie spricht. Dahin gehören in erster Linie

die Kleinheit der Arterien; ferner der Umstand, dass sich das Geräusch nicht künstlich an der noch gut pulsirenden Schnur erzeugen lässt. Die wenigen Fälle, wo man an der durch die Bauch- und Uteruswandungen gefühlten Schnur, das Geräusch gehört und durch Druck mit dem Stethoskop erzeugt haben will, sind nicht einwandfrei. So hörte Kehrer an der Schnur, solange er mit dem Stethoskop keinen Druck ausübte, zwei Töne, die sich beim festeren Aufdrücken in ein Geräusch umwandelten. Nun ist aber das Vorkommen von zwei Tönen an so kleinen Gefässen, wie es die Nabelschnurarterien sind, etwas absonderliches, sonst nie beobachtetes. Gegen den funiculären Ursprung des Geräusches spricht ferner der Ort, wo es in der Regel gehört wird. Dasselbe entspricht in $^4/_5$ aller Fälle der Gegend des Rückens und der Stelle, wo auch die Herztöne am besten gehört werden. Endlich ändert das Nabelschnurgeräusch bei Positionswechsel der Frucht seine Stelle mit den Herztönen, was ebenfalls nicht gut mit der Entstehung in der Schnur vereinbar ist.

Wenn das Geräusch nicht in der Schnur entsteht, so bleibt nur das foetale Herz als Ursprungsort übrig. Der Nachweis von Geräuschen am Herzen Neugeborner konnte aber nur in solchen Fällen geliefert werden, wo es sich um pathologische Veränderungen an den Klappen handelte. Die Herztöne gesunder Kinder, welche in utero ein Nabelschnurgeräusch dargeboten hatten, sind der Regel nach rein. Auscultirt man jedoch vor Beginn der Lungenathmung bei noch völlig erhaltenem foetalen Kreislauf, so gelingt es oft genug, das vorher gehörte Nabelschnurgeräusch am Herzen des Neugeborenen wiederzufinden. Es verschwindet mit dem ersten Athemzug.

Vortragender glaubt, dass die negativen Ergebnisse, welche Regel und Ettinger bei der Auscultation am Herzen Neugeborener erhielten, seine positiven Resultate nicht erschüttern können, zumal beide Beobachter nur über eine geringe Zahl von Untersuchungen verfügen und es Vortragendem neuerdings wieder in einem Fall gelang, das Nabelschnurgeräusch am Herzen eines asphyktischen Neugeborenen auf das deutlichste zu hören, bis die Lungenathmung in Gang kam.

Nach der Auffassung des Vortragenden ist also das sogenannte Nabelschnurgeräusch in der That ein foetales Herzgeräusch, welches ohne organische Veränderungen am Klappenapparat durch Veränderungen des Blutdruckes in ähnlicher Weise zu Stande kommt, wie die sogenannten accidentellen Geräusche am Herzen der Erwachsenen. (Schluss folgt.)

Verschiedenes.

(Frequenz der deutschen medicinischen Facultäten.)[1]

	Sommer 1889			Winter 1889/90			Sommer 1890		
	Inländer	Ausländer	Summa	Inländer	Ausländer	Summa	Inländer	Ausländer	Sa.[2])
Berlin	1071	385	1456	922	264	1186	904	280	1184
Bonn	306	11	317	389	13	402	384	16	400
Breslau	382	6	388	375	5	380	322	8	330
Erlangen	116	181	297	111	190	301	133	226	359
Freiburg	87	222	309	89	363	452	103	350	453
Giessen	72	50	122	68	51	119	87	80	167
Göttingen	171	43	214	180	47	227	167	47	214
Greifswald	374	31	405	386	36	422	391	30	421
Halle	273	37	310	294	43	337	260	40	300
Heidelberg	71	149	220	86	211	297	92	258	350
Jena	65	148	213	61	165	226	63	167	230
Kiel	159	60	219	232	84	316	248	105	353
Königsberg	236	8	244	257	9	266	262	9	271
Leipzig	416	424	840	429	407	836	415	440	855
Marburg	175	34	209	201	35	236	227	46	273
München	518	670	1188	479	703	1182	475	630	1105
Rostock	65	92	157	67	88	155	61	85	146
Strassburg	101	205	306	88	212	300	99	205	304
Tübingen	132	105	237	109	156	265	113	149	262
Würzburg	186	798	984	168	770	938	185	765	950
Zusammen			8635			8843	4991	3936	8927

[1]) Nach amtlichen Verzeichnissen. Vergl. d. W. Nr. 1. 1890.

[2]) Bei einigen Facultäten sind in diese Zahl auch die Studirenden der Zahnheilkunde eingeschlossen.

Die nachstehenden Zahlen geben eine Uebersicht über die Schwankungen der Gesammtfrequenz der deutschen medicinischen Facultäten in den letzten 5 Jahren:

W.-S. 1884/85: 7022	W.-S. 1886/87: 8231	W.-S. 1888/89: 8635
S-S. 1885 : 7653	S.-S. 1887 : 8512	S.-S. 1889 : 8843
W.-S. 1885/86: 7728	W.-S. 1887/88: 8255	W.-S. 1889/90: 8685
S.-S. 1886 : 8301	S.-S. 1888 : 8672	S.-S. 1890 : 8927

(R. Koch über den Ursprung der Choleraepidemie in Spanien.) Es ist bislang nicht aufgeklärt, auf welche Ursachen der Ausbruch der Cholera in Puebla de Rugat zurückzuführen ist. Ein seitens der Behörden dieser Stadt mit der Untersuchung der Frage betrauter Sachverständiger vermuthete, dass der Ausbruch der Seuche in Zusammenhang stehe mit den behufs Reparatur des Strassenpflasters vorgenommenen Erdarbeiten. Das Pflaster wurde am 12. Mai aufgerissen und die dabei ausgeworfene Erde auf einem Platze des Ortes aufgehäuft. Bald darnach erkrankten mehrere Anwohner dieses Platzes und 2 derselben starben nach wenigen Stunden. Es dürfte von Interesse sein zu hören, wie Koch über die Bedeutung dieser Coincidenz denkt; er äussert sich hierüber in einem Briefe an »Semaine medicale«, datirt Berlin, 25. Juni 1890, folgendermaassen:

»Soweit ich die Cholera-Literatur kenne, enthält dieselbe nicht eine einzige Beobachtung, derzufolge diese Krankheit, nach ihrem Erlöschen in einer Localität, sich ebenda nach mehreren Jahren wieder gezeigt hätte, ohne von neuem eingeschleppt worden zu sein; ebensowenig ist sicher constatirt, dass im Anschluss an die Ausgrabung von Choleraleichen, nach Ablauf einer gewissen Zeit, Cholera aufgetreten wäre, wie man dies bei der jetzigen Epidemie in Spanien vermuthet hat.

Bevor man also ein endgültiges Urtheil über den Ursprung der Cholera in Puebla de Rugat wird abgeben können, wird man wohl glaubwürdige, an Ort und Stelle gemachte Untersuchungen abwarten müssen und man wird sich auf wissenschaftliche Mittheilungen, nicht auf die Aeusserungen politischer Blätter, stützen müssen.

Jedenfalls ist die Möglichkeit einer erneuten Einschleppung der Seuche nicht ausgeschlossen, wie dies auch aus den letzten Telegrammen schon hervorgeht, denenzufolge die Krankheit durch Cholerakranke aus Gibraltar oder von den Philippinischen Inseln eingeschleppt worden sein soll.

Hoffentlich bringt die Zukunft eine befriedigende Erklärung der eigenthümlichen Thatsache, dass die Infectionskrankheiten, wiewohl sie gewissen festen Gesetzen unterworfen sind, doch in ihrer Ausbreitung häufig ein äusserst launenhaftes und bizarres Verhalten zeigen.«

R. Koch.

(Bädernachrichten.) In Bad Wildungen wurde in diesen Tagen ein neues, mit 40 Betten ausgestattetes Krankenhaus, das zum Gedächtniss der verstorbenen Fürstin Helene von Waldeck den Namen Helenenheim führt, feierlich eingeweiht. Dasselbe ist bestimmt, in erster Linie den weniger bemittelten Badegästen, insonderheit solchen, die zugleich einer örtlichen chirurgischen Behandlung bedürfen, ferner Schwerkranken jeden Standes, welche in Gasthäusern und Privatwohnungen nicht die erforderliche Ruhe und Pflege finden, endlich alleinkommenden Kindern Aufnahme zu gewähren.

In Bad Neuenahr bieten in der laufenden Saison 60 Gasthöfe und Privathäuser Unterkunft für Curgäste, ausser dem grossen Curhause, das allein 150 Schlaf- und Wohnzimmer enthält. Die Frequenz des Bades ist trotz des ungünstigen Wetters eine grosse.

Therapeutische Notizen.

(Behandlung von Uterusmyomen mit Elektricität.) Engelmann-Kreuznach publicirt in D. med. Wochschr. Nr. 27 9 Fälle von Uterusmyomen, die er nach der Methode von Apostoli behandelte. Er verwendete eine transportable Batterie von 24 modificirten Leclanchéelementen (von Gaiffe in Paris) und Ströme von meist nicht über 150—160 M. A. Intensität. Sitzungen gewöhnlich 3 mal wöchentlich. Die Erfolge Engelmann's waren nicht annähernd so befriedigend wie die anderer Autoren, immerhin aber beachtenswerth. Eine Rückbildung der Geschwulst, welche sich durch Verkleinerung des Umfanges derselben äussert, liess sich nur vereinzelt mit Sicherheit nachweisen und war nie bedeutend. Die Hauptwirkung der elektrischen Behandlung trifft die erkrankte Schleimhaut; dieselbe wurde in allen Fällen, so weit nachweisbar, annähernd in ihren normalen Zustand zurückgeführt, so dass die durch die Erkrankung bedingten Erscheinungen, Blutungen und Fluor günstig beeinflusst wurden oder vollständig verschwanden. Ein günstiger Einfluss der Behandlung auf die Compressionserscheinungen liess sich stets nachweisen; gleicher Weise wurden nervöse Erscheinungen gebessert. Die Behandlung leistete vielfach nicht mehr als die bisher bekannten Methoden; dennoch möchte Verf. dieselbe bei der Unsicherheit jener als eine werthvolle Ergänzung unseres Heilapparates gegen Uterusmyome betrachten.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 8. Juli. Der Magistrat der Stadt München hat die Summe von 980000 M. für Erweiterungsbauten beim Krankenhause r. I. genehmigt.

— Dem Sterbecasseverein der Aerzte Bayerns (a. V.) traten im 2. Semester l. Js. 64 neue Mitglieder bei, so dass bei bisherigen 14 Todesfällen mit heutigem der Verein 566 Mitglieder zählt.

Eine weitere Erhöhung der Prämien kann mit Bestimmtheit für das Jahr 1891 in Aussicht gestellt werden. Beitritt für 1890 kann nach den Statuten noch jederzeit erfolgen.

— Das Bureau des X. internationalen medicinischen Congresses in Berlin ersucht die Herren Collegen, welche als Mitglieder am X. internationalen medicinischen Congress zu Berlin theilzunehmen gedenken, — um bei ihrer Ankunft Zeit und Mühe zu sparen, — ihre Mitgliederkarte bereits vorher bei dem Schatzmeister des Congresses, Herrn Sanitätsrath Dr. Bartels, Berlin SW., Leipzigerstrasse 75, gegen Einsendung des Betrages von 20 M. entnehmen zu wollen.

— Der Berliner »Verein für Volksbäder« kann auf erfreuliche Erfolge seiner Thätigkeit im abgelaufenen Jahre zurückblicken. Die Anzahl der genommenen Bäder hat sich gegen das Vorjahr um 25 Proc. erhöht; der 4. Theil aller Bäder entfällt auf Brausebäder. Die Mehreinnahme hat sich gegen das Vorjahr um fast 11000 M. gesteigert. Wünschenswerth bleibt eine noch regere Inanspruchnahme der Bäder seitens des weiblichen Geschlechtes.

— Eine grössere Anzahl von Mitgliedern der preussischen Aerztekammern trat bei Gelegenheit des diesjährigen Aerztetages in München zu einer Berathung über den von der Aerztekammer der Provinz Brandenburg und des Stadtkreises Berlin gestellten Antrag, dass Delegirte der preussischen Aerztekammern sich jährlich zum Behufe der Berathung gemeinsamer Fragen vereinigen sollten, zusammen. Da die Vorsitzenden der preussischen Aerztekammern jährlich zu einer Berathung der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen hinzugezogen werden, so wurde dieser Termin in München für die erste Berathung festgestellt, jedoch mit der Modification, dass, falls bis zum November d. Js. die Einberufung der Vorsitzenden der Aerztekammern nicht erfolgen sollte, der Vorstand der Aerztekammern der Provinz Brandenburg und des Stadtkreises Berlin den Auftrag erhält, jedenfalls noch in diesem Jahre einen für den genannten Zweck bestimmten Termin festzustellen.

— Der Strafsenat des Oberlandesgerichts in Frankfurt a./M. hat die Frage, ob Jemand wegen unterlassener Impfung ein und desselben Kindes mehrmals bestraft werden könne verneint. Ein Ingenieur hatte mehrere Strafzettel bekommen, weil er sein jüngstes Kind nicht impfen liess, und als gar eine Haftstrafe gegen ihn verhängt werden sollte, rief er die richterliche Entscheidung an. Das Schöffengericht in Homburg v. d. H. verwandelte nun die Haft in eine Geldstrafe von 30 M., die Strafkammer des Frankfurter Landgerichts aber hob in Folge der eingelegten Berufung dieses Urtheil auf und erkannte auf Freisprechung nach dem Rechtsgrundsatze »Ne bis in idem«; es liege keine neue Strafthat vor und die Uebertretung des Impfgesetzes sei durch die bereits früher wegen Nichtimpfung des Kindes verhängten Strafen gesühnt. Da die Staatsanwaltschaft hiergegen Revision einlegte, so wurden mehrere ebenfalls bei der Strafkammer anhängige Fälle ähnlicher Art bis zur Entscheidung des Oberlandesgerichts vertagt. Dieses aber verwarf die Revision und schloss sich der Auffassung des Landgerichts an, dass wegen Zuwiderhandelns gegen das Impfgesetz nur eine einmalige Bestrafung zulässig sei. Aus der Entstehungsgeschichte des Impfgesetzes ergebe sich, dass der Reichstag keine Einführung des Impf-Zwanges beabsichtigte; er habe den § 15 des ursprünglichen Entwurfs, welcher die zwangsweise Impfung androhte, gestrichen und dem jetzigen § 14 eine mildere Fassung gegeben. Demgemäss habe der Reichstag auch den Verwaltungsbehörden nicht das Recht geben wollen, durch wiederholte Aufforderungen und Bestrafungen den Impf-Zwang thatsächlich auf einem Umwege doch einzuführen.

— Laut Entschliessung des k. b. Kriegsministeriums vom 27. vor. Mts. kommt die für die unentgeltliche ärztliche Behandlung und freie Arzneiverpflegung von Soldatenkindern festgesetzte Altersgrenze (bisher das vollendete 14. Lebensjahr) in Wegfall.

— Wie die »Wörishofer Blätter« (!) mittheilen, soll auf Anregung von Oberstabsarzt a. D. Dr. Katz in Ulm ein »Verband Kneipp'scher Aerzte« in's Leben gerufen werden, damit eine Vertretung der Kneipp'schen Naturheilmethode gegenüber den maasslosen Angriffen und Hetzereien der Schulmedicin ermöglicht, auch das ganze »System« nach jeder Richtung vertieft und wissenschaftlich ausgebaut werden könne. Zur Verwirklichung dieses zeitgemässen Vorhabens sollte eine Vorbesprechung am 15. Mai ds. Js. in Wörishofen stattfinden.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatte in der 25. Jahreswoche, vom 15.—21. Juni 1890, die geringste Sterblichkeit Rostock mit 12,5, die grösste Sterblichkeit Posen mit 43,4 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Nächst Rostock weist in der Berichtswoche Augsburg mit 13,4 die geringste Sterblichkeit auf, was hervorgehoben zu werden verdient, da Augsburg bisher in der Regel sehr ungünstige Mortalitätsziffern hatte.

— Die Cholera in Spanien, die in den letzten 2 Wochen keine wesentlichen Fortschritte gemacht, eher sogar einen Rückgang gezeigt hatte, scheint in den jüngsten Tagen eine erhöhte Intensität und eine etwas weitere Ausbreitung gewonnen zu haben. Aus einer ganzen Reihe von Orten der Provinz Valencia werden Erkrankungen und Todesfälle gemeldet, insbesondere ist die Stadt Valencia selbst jetzt von der Epidemie ergriffen.

— Aus Peking wird der Ausbruch der Influenza gemeldet.

— In Funchal, sowie in einigen ländlichen Bezirken Madeiras herrscht seit mehreren Monaten eine Pockenepidemie.

— Laut Nachricht aus Teheran vom 31. Mai (V. d. K. G.-A.) ist die Bubonenpest in dem persischen Dorfe Darapehan im District Mahideste ausgebrochen. Der internationale Gesundheitsrath in Constantinopel hat einen Delegirten dahin entsandt.

(Universitäts-Nachrichten.) **Innsbruck.** Der a. o. Prof. Dr. Moritz Loewit wurde zum ordentl. Professor der allgemeinen und experimentellen Pathologie ernannt. — **Prag.** Dr. Joh. Mittalsky hat sich als Privatdocent der Ophthalmologie habilitirt. — **Tomsk.** An der Universität Tomsk werden wieder sieben neue Lehrstühle besetzt, und zwar die der allgemeinen Pathologie durch Prof. Albitzki, der pathologischen Anatomie durch Prof. Winogradow, der Hygiene durch Prof. Ssudakow, der Diagnostik, der speciellen Pathologie und Therapie und der inneren Klinik durch die Professoren Kurlow und Kurkunow, der Chirurgie durch die Professoren Rogowitsch und Salistschew. — **Wien.** Dr E. v. Braun hat sich als Privatdocent für Geburtshilfe und Gynäkologie habilitirt.

(Todesfall.) Am 4. ds. starb in Heidelberg nach langem und schwerem Leiden Dr. Friedrich Arnold, Geheimer Hofrath und em. Professor der Anatomie, im 88. Lebensjahr.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassungen. Dr. Otto Gmehling von Gerolzhofen in Wunsiedel; Dr. Franz Streiter in Marktsteft a. M.; Dr. Rudolph Höpfl von Neuburg a. D. in Bärnau, B.-A. Tirschenreuth; Dr. Max Mayer von Nabburg nach Stadtamhof; Dr. Richard Krafft von Pyrbaum nach Vohenstrauss; Gr. Brendel zu Röttingen, Bez.-A. Ochsenfurt; Dr. Franz Streiter zu Marktsteft, Bez.-A. Kitzingen.

Verzogen. Dr. Gmehling von Gerolzhofen nach Wunsiedel.

Versetzt. Der Assistenzarzt I. Cl. Dr. Miller vom 6. Chev.-Reg. zur Landwehr 1. Aufgebots und der Assistenzarzt II. Cl. Dr. Hartmann vom 16. Inf.-Reg. zur Reserve des Sanitätscorps; der Assistenzarzt II. Cl. der Reserve Hermann Schmidt (Würzburg) in den Friedensstand des 6. Chev.-Reg., dann der Assistenzarzt I. Cl. Dr. Karl Raab (Ludwigshafen) von der Landwehr 1. Aufgebots zur Reserve.

Befördert. Zu Assistenzärzten II. Cl.: der Unterarzt Dr. Ludwig Hillenbrand im 1. Ulanen-Reg.; in der Reserve die Unterärzte der Reserve Dr. Clemens Gudden, Dr. Paul Aschke, Dr. August Brüning und Alfred Knüppel (I. München), Dr. Karl May (Würzburg); in der Landwehr 1. Aufgebots die Unterärzte der Landwehr 1. Aufgebots Franz Häufl und August Hölscher (I. München).

Ernannt. Der einjährig freiwillige Arzt Anton Laible vom 3. Feld-Art.-Reg. zum Unterarzt im 2. Chev.-Reg. und mit Wahrnehmung einer vacanten Assistenzarztstelle beauftragt.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Wreden's, Sammlg., kurzer medic. Lehrbücher XV. Bd. Enthaltend: Wesener Dr. F., Lehrb. der chemischen Untersuchsmethoden. Berlin 1890.

Baumgarten, Dr. med. P., Jahresbericht II. Jahrg. 1888 2. Hälfte. Braunschweig 1890.

Brass, Dr. A., Tafeln zur Entwicklungsgeschichte und topogr. Anatomie des Menschen. Heft 3. Leipzig 1890. 2. M.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1890 April. Coblenz.

Dührssen, Dr. A., Geburtshülfliches Vademecum. Gebd. Berlin 1890.

Fellner, Dr. L., Klinische Beiträge zur Thure-Brandt'schen Behandlung der weiblichen Sexualorgane. Wien 1890.

Guttmann. S., Jahrbuch der praktischen Medicin. Jahrgang 1890. Stuttgart 1890. 16 M.

Koenigstein, Dr. L., Die Behandlung der häufigsten und wichtigsten Augenkrankheiten. Heft 2. Wien 1890.

Klinische Zeit und Streitfragen IV. Bd. Heft 1, 2 und 3. Wien 1890.

Lier u. Ascher, Beiträge zur Sterilitätsfrage. S.-A. Zeitschr. für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 18.

Bing, Vorlesungen über Ohrenheilkunde. Mit 27 Holzschnitten und 1 Doppeltafel. Wien 1890.

Fränkel, Grundriss der Bacterienkunde. Berlin, 1890.

Lydston, Concerous transformation of syphilome of the tongue. S.-A. N.-Y. Med. Rec.

— —, Sexual Perversion, Satyriasis and Nymphomania. S.-A. Med. Surg. Rep.

Dowd, Condition of the Blood in Chlorosis. S.-A. Am. Journ. of med. Sc.

Loebel, Die Mineralmoorbäder und deren Ersatz. S.-A. Wr. med. Pr.

Günther, Vorschlag zur Prophylaxe gegen Tuberculose. S.-A. Berl. klin. W.

Slajmer, Die ideale Cholecystotomie zweizeitig zusgeführt, S.-A. Wr. klin. W.

— —, Zur Casuistik der Schädelverletzungen.

Sachs and Peterson, Cerebral Palsy of early life. S.-A. Journ. of nerv. and ment. disease.

Ely, Metastatic Carcinoma of Stomach. S.-A. Am. Journ. of med. Sc.

Bibliotheca medico-chirurgica pharmaceutico-chemica et veterinaria. 44. Jahrg. N. F. 5. Jahrg. 1. H. Göttingen, 1890.

— —, Register über 43. Jahrgang.

Deutsche Chirurgie. Liefg. 45 b. Stuttgart, 1890. 6 M.

Scheff, Handbuch der Zahnheilkunde. Liefg. 1. Wien, 1890. 2 M.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.